

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madame Marie LAPORTE-DU BOUCHET

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE LE 29 NOVEMBRE 1902 A ODESSA

**Contribution à l'Étude du Traitement
des Bubons inguinaux suppurés
par l'Electrocoagulation
"Le Drain diathermo-coagulant"**

PRÉSIDENT :

M. ANDRÉ LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE N. L. DANZIG

26, Rue des Francs-Bourgeois

1931

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

N°.....

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Madame Marie LAPORTE-DU BOUCHET

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

NÉE LE 29 NOVEMBRE 1902 A ODESSA

Contribution à l'Étude du Traitement des Bubons inguinaux suppurés par l'Electrocoagulation "Le Drain diathermo-coagulant"

PRÉSIDENT :

M. ANDRÉ LEMIERRE, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE N. L. DANZIG

26, Rue des Francs-Bourgeois

1931

I.— PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE
Physiologie	BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	CLERC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et Médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	CARNOT
	BEZANÇON
	ACHARD
	Marcel LABBÉ
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELbet
	CUNEO
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE
Physiologie	N.
Pathologie médicale . .	AUBERTIN
Pathologie médicale . .	BÉNARD (Henri)
Chimie biologique . . .	SANNIÉ
Pathologie chirurgicale .	BROCQ
Pathologie médicale . .	BRULÉ
Pathologie chirurgicale .	CADENAT
Pathologie médicale . .	CATHALA
Pathologie médicale . .	CHABROL
Pathologie médicale . .	CHEVALLIER
Pathologie chirurgicale .	DE GAUDART
	D'ALLAINES.
Physique	DOGNON
Pathologie médicale . .	DONZELOT
Obstétrique	ÉCALLE
Urologie	FEY
Pathologie expérimentale	GARNIER
Bactériologie	GASTINEL
Pathologie chirurgicale .	GATELLIER
Histologie	GIROUD
Pathologie médicale . .	HARVIER
Anatomie	HOVELACQUE
Pathologie médicale . .	HUTINEL
Hygiène	JOANNON
Chimie biologique . . .	LABBÉ (Henri)

	MM.
Pathologie médicale . .	LAROCHE (Guy)
Oto-rhino-laryngologie .	LEMAITRE
Anatomie pathologique	HUGUENIN
Pathologie chirurgicale	LEVEUF
Neuro-psychiatrie . . .	LÉVY-VALENSI
Pathologie médicale . .	LIAN
Pharmacologie	HAZARD
Histologie	MILLOT
Pathologie chirurgicale .	MONDOR
Pathologie médicale . .	MOREAU
Pathologie chirurgicale .	MOULONGUET
Pathologie chirurgicale .	MOURE
Histologie	MULON
Anatomie pathologique	OBERLING
Anatomie	OLIVIER
Médecine légale	PIÉDELÈVRE
Obstétrique	PORTES
Pathologie chirurgicale .	QUÉNU
Physiologie	RICHET
Dermatologie et syphi-	
liographie	SÉZARY
Pathologie médicale . .	VALLERY-RADOT
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL
Ophtalmologie	VELTER
Histologie	VERNE
Obstétrique	VIGNES.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens.

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET
Obstétrique	GUÉNIOT
Obstétrique	LEQUEUX
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE
Histologie	RETTERER
Physique	ZIMMERN
Anatomie pathologique	LEROUX

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS de COURS de CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

CLINIQUE MÉDICALE

MM.
ABRAMI
CHIRAY
DEBRÉ
DUVOIR
FIESSINGER
LAIGNEL-LAVASTINE

CLINIQUE CHIRURGICALE

MM.
BASSET
CHEVASSU
HEITZ-BOYER
MATHIEU
MOCQUOT
PROUST
SCHWARTZ
LE LORIER

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

LÉVY-SOLAL

METZGER

V.— CHARGÉS DE COURS

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les	MM. MAUCLAIRE
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	professeur sans chaire
Stomatologie	FREY
Éducation physique	CHAILLEY-BERT
Radiologie clinique.	LEDoux-LEBARD
Puériculture	WEIL-HALLÉ

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

CH. V. DU BOUCHET

Volontaire américain pour la France à 16 ans. Tombé à 19 ans.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CH. W. DU BOUCHET

Fondateur de l'Ambulance Américaine (1914-1918).

Chirurgien en Chef de l'Hôpital Américain.

A MA MÈRE

*Leur vie sera toujours un exemple
pour moi.*

A MON MARI

*Qui a toujours été mon meilleur ami
et mon meilleur guide. En souvenir
de nos années de Laënnec, Cochin
et Bichat.*

A MES PETITS JEAN ET FRANCE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

Professeur de Bactériologie à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Bichat

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Avec toute notre reconnaissance pour
l'enseignement qu'il nous a donné dans
son service, pour toutes les marques
de sympathie qu'il nous a prodiguées
et dont il nous a donné une preuve
nouvelle en nous faisant l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P. RAVAUT

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nous le remercions très vivement pour son enseignement si original, pour les conseils précieux qu'il n'a cessé de nous prodiguer au cours de ce travail et pour la bienveillante sollicitude dont il a chaque jour fait preuve à notre égard.

Nous le prions de trouver ici le témoignage de notre respectueux attachement et de notre gratitude.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR SERGENT
M. LE PROFESSEUR H. HARTMANN
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE
M. LE PROFESSEUR B. CUNÉO
M. LE DOCTEUR L. RAMOND

Externat :

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOCQUOT (1925-1926)
M. LE PROFESSEUR A. LEMIERRE (1926)
M. LE DOCTEUR G. MILIAN (1926-1927)
M. LE DOCTEUR L. BOIDIN (1927-1928)
M. LE DOCTEUR E. LESNÉ (1928-1929)
M. LE DOCTEUR P. RAVAUT (1929-1930)

A MES AUTRES MAITRES

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL FERRAND

MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS
A. HOVELACQUE, J. LEVEUF, L. PORTES

MESSIEURS LES DOCTEURS MICHEL LÉON-KINDBERG ET SÉNÈQUE
Médecin et Chirurgien des Hôpitaux de Paris

MESSIEURS LES DOCTEURS ELIE FRANÇOIS
Chef de Clinique obstétricale

G. DREYFUS-SÉE et ROBERT CLÉMENT
Assistants de Pédiatrie à l'Hôpital Trousseau

I. — INTRODUCTION.

Il semble à première vue, que préconiser la diathermo-coagulation pour guérir les bubons de l'aine, soit rechercher un moyen bien héroïque pour traiter une affection bénigne que de nombreux traitements anodins guérissent rapidement.

Cependant, le grand nombre même de ces traitements, est la preuve qu'ils ne sont pas absolument satisfaisants. Il est obtenu, à la vérité, avec les méthodes classiques, des résultats parfois surprenants de rapidité.

Mais, à côté de ces succès éclatants, combien se voient d'évolutions traînantes, de récidives à brève échéance, de fistulisations interminables. Quelle que soit sa cause, l'adénie de l'aine constitue vraiment une redoutable affection dont le traitement est bien décevant.

Il a semblé utile, à notre Maître M. le Docteur RAVAUT, d'essayer une méthode nouvelle, qui paraît à première vue plus brutale mais qui a le mérite d'*assurer* la guérison *absolue*, dans un *temps limité*.

Voici deux ans qu'il en suit les effets. L'expérience lui a permis d'en préciser la technique.

Il a jugé utile d'exposer les résultats qu'il a obtenus, grâce à cette méthode, que nous n'hésitons pas à qualifier de *mé-*

thode de sécurité, ainsi que le prouvent nos observations prises chez M. le Docteur RAVAUT ⁽¹⁾.

Nous nous proposons de faire un exposé critique extrêmement succinct des principales, parmi les nombreuses méthodes préconisées, pour guérir les bubons de l'aine ; puis, après la description rapide de la technique employée, nous exposerons simplement les faits que constituent nos observations.

Nous avons divisé, au point de vue étiologique, les bubons en 3 groupes :

1^o Bubons dont la nature chancrelleuse a pu être prouvée d'une façon certaine (classe la plus nombreuse).

2^o Poradénolymphites (Maladie de NICOLAS et FAVRE).

3^o Bubons divers qui n'appartiennent pas, d'une manière certaine, aux deux catégories précédentes.

(1) C'est grâce à l'amabilité attentive des Internes du service que nous avons pu suivre ces malades et recueillir les observations.

Nous remercions ici Messieurs KOANG, Didier HESSE, CACHERA, DANY.

II. — THÉRAPEUTIQUES USUELLES DES BUBONS.

A. — THÉRAPEUTIQUE DES BUBONS CHANCRELLEUX.

a) Méthodes abortives : «... Lorsque le ganglion enflammé est encore mobile, modérément douloureux, on *peut* espérer sa résolution en mettant le malade au repos le plus absolu. Les pansements humides, les cataplasmes, l'application de pommades sans prétention, sont des moyens adjuvants fréquemment employés mais dont la valeur thérapeutique est restreinte. *Enfin et surtout*, on devra recourir aux méthodes biologiques modernes : protéinothérapie, autohémothérapie, vaccinothérapie, sérothérapie... » (AUGAGNEUR et CARLE). Nous verrons que même ces dernières donnent des résultats inconstants.

b) Traitement à la période de suppuration. — On emploie soit l'incision au bistouri précoce ou tardive, suivie parfois d'un curetage, soit la ponction capillaire avec injection de vaseline iodoformée (FONTAN), d'huile xylo-iodoformée de BORY, soit le drainage filiforme de CLÉMENT SIMON, ou l'extirpation totale du ganglion.

Ces méthodes, de l'aveu des traités classiques, ont des inconvénients : « l'incision donne certainement, dans le plus grand nombre de cas, d'excellents résultats; mais elle a l'inconvénient d'être parfois assez longue à guérir et surtout de laisser une cicatrice indélébile... » (NICOLAS et MOUTOT). La ponction capillaire ne donne

pas de cicatrice, mais les résultats sont inconstants ; « ... il est très difficile d'arriver à vider complètement la poche et il ne faut intervenir qu'après collection nette du pus. Celui-ci se reforme très rapidement et bien souvent une extension en profondeur avec décollement continue à se faire... » (NICOLAS et MOUTOT).

Les méthodes de FONTAN et de BORY, le drainage filiforme donnent assez souvent des résultats excellents et rapides mais seulement lorsque la fluctuation est nette, le pus bien collecté, lorsqu'il n'y a pas de décollement important ni d'amincissement de la peau.

Même dans des cas qui devraient être favorables, on a des échecs, décollements, suppurations, interminables.

L'extirpation totale du bubon n'est pas à conseiller, car elle peut entraîner l'apparition d'œdème des membres inférieurs et des organes génitaux, de phlébite ou même d'éléphantiasis.

c) *Traitement de l'adénite inflammatoire chronique.* — Après avoir essayé les traitements ci-dessus décrits, on essaie l'ouverture large, la mise à nu du fond avec association de caustiques, puis si on y est contraint, l'extirpation ganglionnaire massive très souvent compliquée.

L'héliothérapie, les rayons X, sont des moyens adjuvants utiles pour raccourcir une évolution souvent très longue.

d) *Traitement à la période de fistulisation.* — On agrandit l'orifice, curette les lésions.

« S'il se produit une chancrellisation, il faut faire intervenir les traitements habituels du chancre simple, cautérisation au chlorure de zinc, au nitrate d'argent, air chaud. C'est là une complication fâcheuse dont l'apparition modifie le pronostic ; il faudra, en effet, plusieurs mois avant que l'on puisse obtenir la guérison » (AUGAGNEUR et CARLE).

e) *Traitements biologiques.* — Le sérum spécifique tiré du bélier, proposé en 1920 par REENSTIERNA, de Stockholm, aurait donné

à cet auteur des résultats excellents. Il ne semble pas qu'il soit d'un usage courant, tout au moins en France. La protéinothérapie de BONNET (de Lyon), l'autohémothérapie de NICOLAS et GATÉ ont montré d'excellents résultats définitivement acquis, mais aussi un grand nombre d'échecs totaux ou relatifs.

La vaccinothérapie intraveineuse, suivant la méthode de NICOLLE et Durand (vaccin type Dmelcos) est la méthode la plus employée actuellement. Son action est peut-être spécifique, mais peut être aussi due au choc.

Mais avec elle aussi on observe trois ordres de résultats :

1^o Guérison absolue du bubon.

2^o Insuccès complet.

3^o Rétrocession incomplète du bubon qui continue à évoluer et peut se compliquer.

C'est cette dernière éventualité qui semble la plus fréquente.

Cette méthode, d'ailleurs excellente, immobilise, au moins pendant dix jours, le sujet, à cause des réactions générales intenses qu'elle provoque. Comme elle ne guérit pas à coup sûr, elle ne saurait être une thérapeutique exclusive du bubon chancrelleux.

Si nous voulons résumer ce trop court exposé des méthodes de traitement des bubons chancrelleux, nous dirons qu'on n'est jamais sûr à l'avance du résultat que donnera une thérapeutique.

D'autre part, même avec une très grosse expérience, il est très difficile de choisir, suivant l'aspect du bubon et son âge, tel moyen plutôt que tel autre. Il existe à ce sujet des opinions autorisées diamétralement opposées.

Ces faits n'avaient pas échappé à ROLLET et DIDAY qui enseignaient qu'il existait deux sortes d'évolution des bubons. Les uns, « sympathiques » guérissaient comme des adénites banales, les autres traînant en longueur et se compliquant de chancrellisation.

Terminant le chapitre du traitement du bubon chancrueux (*Thérap. des maladies vénériennes*, p. 163), CARLE écrit ces lignes désabusées et éloquentes :

« Je renouvelle ici mes recommandations antérieures : si une soigneuse médication antiseptique ou cautérisante ne paraît pas donner des résultats, à plus forte raison si la mortification progresse, cesser immédiatement toute application irritante, multiplier les pulvérisations tièdes, les compresses, les douches d'air chaud, éviter les pansements occlusifs, et accumuler autour du malade les bons livres inspireurs de philosophie et de patience.

Au moment de la guérison, veiller par une gymnastique graduée à la souplesse des cicatrices qui peuvent déterminer une gêne sérieuse pour la marche, et même pour la station debout ».

B. — TRAITEMENT DE LA PORADÉNOLYMPHITE.

On aurait le droit d'écrire les phrases précédentes, peut-être aggravées, au début de l'exposé critique des méthodes thérapeutiques de la poradénolymphite.

Le chlorhydrate d'émétine, la solution iodo-iodurée de Lugol, la combinaison des deux produits précédents, peuvent avoir une influence favorable «... mais n'empêchent bien souvent ni le ramollissement ni l'évolution vers l'abcès et la fistulisation et n'ont souvent aussi aucune action préventive contre le développement de nouveaux foyers ». (NICOLAS et MOUTOT).

Le sulfate de cuivre ammoniacal aurait fourni un succès à CARNOT et FROMENT.

Les vaccins mixtes de DELBET, la lactothérapie, l'autohémothérapie n'ont donné aucun résultat à NICOLAS.

DELBET et BEAUVY auraient eu un résultat heureux par le traitement autovaccinothérapique ; le vaccin étant préparé à partir d'un ganglion prélevé sur le malade, broyé et filtré.

Les différents traitements locaux appliqués à la poradénolymphite consistent en ponction simple au bistouri, ou incision large et grattage qui laissent des fistules interminables.

Les injections modificatrices associées à ces traitements donnent des résultats inconstants.

L'extirpation en masse de la tumeur adénique donne assez souvent une bonne guérison, mais la cicatrisation de la plaie opératoire est souvent longue à obtenir, la cicatrice est souvent inesthétique.

Des cas d'éléphantiasis des bourses et des membres inférieurs, des récidives, des continuations de l'évolution ont pu être observés.

La radiothérapie est préconisée par NICOLAS et FAVRE, surtout avant la fistulisation. La médication stibiée et le traitement par le tartrate ou bitartrate de potasse auraient donné à HELLERSTRÖM des résultats assez satisfaisants.

C. — TRAITEMENT DES BUBONS DE L'AINE QUI NE SONT NI CHANCRELLEUX, NI PORADÉNOLYMPHIQUES.

On emploie l'exérèse chirurgicale et les rayons X, tels que nous les avons exposés ci-dessus avec leurs inconvénients.

* * *

En conclusion de cette rapide revue critique, nous pouvons dire que, quelle que soit leur cause, les bubons de l'aine ont une tendance naturelle, malgré le traitement qui leur est appliqué, à se fistuliser et avoir une évolution interminable.

Elle tient non à la nature de l'inflammation qui est variable, mais à la structure du ganglion enflammé.

C'est ce que M. RAVAUT et Mlle LANDOWSKI ont bien mis en évidence, dès le début de leur communication à la *Société de Dermatologie* (12 décembre 1929) sur « Le drain diathermo-coagulant dans le traitement des adénites subaiguës et chroniques ».

« Les adénites suppurées peuvent persister parfois extrêmement longtemps, soit parce que l'infection située au centre du ganglion n'est pas assez active pour se frayer elle-même son chemin d'évacuation, soit parce que des trajets fistuleux, en rapport avec des foyers, s'évacuent mal, passent à l'état chronique. *En dehors des questions de terrains et de germes spéciaux, il existe dans la plupart des cas un obstacle presque mécanique* s'opposant à la guérison ; pour le lever et le détruire, de nombreux procédés de traitement ont été proposés.

Les plus simples de tous sont l'incision et les divers procédés de drainage, mais comme *il s'agit d'enkystements multiples déterminés par des infections chroniques en général, il arrive que l'on n'atteint pas toujours tous les foyers* et que la cicatrisation se fait *trop rapidement au-dessus* de foyers encore en activité. Aussi a-t-on recours à des procédés de destruction chimique dont l'action s'étend à distance, se prolonge, agissant simultanément sur les foyers infectieux et leurs trajets d'évacuation qu'ils maintiennent béants pendant longtemps ».

III. — LE DRAIN DIATHERMO-COAGULANT.

1° *Les raisons de son emploi.*

Détruire simultanément tous les foyers intra-ganglionnaires, même s'ils sont à des stades différents, agir sur leur cause : tels semblent donc être les deux résultats à obtenir, si l'on veut guérir avec certitude un bubon de l'aîne.

Pour résoudre ces deux difficiles problèmes, M. RAVAUT est parti de deux ordres d'expériences :

D'une part, dans le service de son Maître M. THIBIERGE, il avait noté combien l'introduction, dans les bubons, des crayons caustiques, destructeurs, de « flèches de Canquoin », par exemple, pouvait favoriser heureusement l'évolution de ceux-ci.

Nombre d'années plus tard, alors qu'on possédait avec la diathermo-coagulation une arme singulièrement plus puissante que les flèches de Canquoin, il avait songé à l'employer dans deux affections à évolution interminable, dues précisément à la présence de foyers profonds enkystés : l'acné chéloïdienne de la nuque et l'actynomyose de la joue. Dans les deux cas, il obtint un résultat rapide, alors que les autres traitements avaient précédemment échoué.

Ce qui est très particulier et très important pour ce qui nous occupe, c'est que la *libération des foyers enkystés actynomycosiques par la diathermo-coagulation, permît la guérison par l'iode.*

C'étaient là, très exactement réalisées, les conditions voulues pour la guérison complète des bubons : libérer les foyers profonds pour permettre l'action d'un traitement spécifique.

Dans le bubon chancreux on emploiera donc la diathermo-coagulation, puis la vaccination. Dans la maladie de NICOLAS et FAVRE, on emploiera encore la diathermo-coagulation, mais on ne possède pas de vaccin spécifique. En attendant qu'on ait cet agent spécifique, M. RAVAUT emploie un corps pyrétogène, le Dmelcos par exemple.

En cas de ganglion mycosique, on combinera au drain diathermo-coagulant l'ingestion d'iode.

On arrive donc à une méthode de traitement qui est la *même pour tous les bubons de l'aine*.

2^o Technique de son emploi.

M. RAVAUT se sert de l'appareil de Heitz-Boyer-Beaudouin, dont le principe et le mode d'emploi sont décrits trop longuement dans les différents manuels d'électricité médicale pour que nous y revenions ici. Signalons seulement quelques points particuliers de son usage pour les cas qui nous occupent :

On emploie le montage en lit condensateur de Bordier. Le sujet est couché sur l'électrode indifférente dont il est séparé par un diélectrique. Ce procédé, qui supprime toute possibilité de brûlure, permet, au besoin, l'emploi de l'anesthésie.

Le seul inconvénient est qu'il n'est possible qu'avec un appareil puissant recevant 2 ampères au primaire du transformateur.

On utilise comme électrode active une aiguille de couturière en acier (n^o 6).

On règle la longueur de l'étincelle au minimum et on se place en bipolaire, c'est-à-dire qu'on relie l'électrode indifférente à la borne marquée « masse ». Il existe une pédale interruptrice qui permet à l'opérateur de garder ses mains libres.

Il est un point sur lequel M. le Docteur RAVAUT insiste au cours des séances d'électro-coagulation : c'est qu'il est impossible de dire par avance quel « plot » devra être employé, quelle intensité

peut être choisie. Il faut être extrêmement prudent et agir par empirisme, en commençant par un courant très faible qu'on ne doit augmenter que graduellement.

Voici le mode opératoire employé par le Dr. RAVAUT, tel qu'il a été indiqué par lui dans sa communication précitée du 12 décembre 1929:

«... Si les adénites sont multiples, profondes et le malade sensible, nous l'endormons, le chlorure d'éthyle est presque toujours suffisant, car l'intervention est très rapide. Nous ne recourons presque jamais à l'anesthésie locale, car l'infiltration des tissus par des solutions salines modifie la conduction du courant électrique et peut réserver des surprises désagréables en étendant les limites de l'action destructrice. Le plus souvent nous opérons sans anesthésie, la douleur est parfois très vive mais ne dure heureusement que quelques secondes.

« S'il s'agit d'une adénite fermée, nous choisissons le point qui paraît le plus ramolli et nous piquons l'aiguille reliée à l'appareil de façon à atteindre le centre de la collection, puis nous faisons passer le courant. Comme nous recherchons une action destructrice, nous nous plaçons en bipolaire et commençons avec un courant relativement faible que nous augmentons progressivement s'il est nécessaire.

« Très rapidement l'on voit la cavité se gonfler, faire hernie vers la surface, puis au niveau du contact de la peau et de l'aiguille apparaît une zone de coagulation blanche tout autour de celle-ci ; elle augmente de plus en plus en même temps que dans l'intérieur du ganglion les tissus s'échauffent et entrent en véritable ébullition. Lorsque nous jugeons l'action suffisante, nous retirons brusquement l'aiguille. Si la lésion ganglionnaire est peu étendue, une seule piqûre suffit ; est-elle étendue, nous recommençons deux ou plusieurs fois la même intervention de façon que les zones coagulées se rejoignent tangentiellement aussi bien en surface qu'en profondeur.

« S'il existe des trajets fistuleux, nous les cautérisons, pour ainsi dire, avec l'aiguille et opérons de la même façon. Si les tissus

» pathologiques se prolongent loin de la fistule, nous faisons quelques
» points dans le voisinage en cherchant à les réunir les uns aux autres.

« Les jours suivants un *suintement abondant* ⁽¹⁾ s'écoule par
» les points d'introduction de l'aiguille, *puis au bout d'une dizaine*
» *de jours l'escarre se détache*, entraînant avec elle la peau et le
» tissu ganglionnaire coagulé.

« Il se forme une plaie dont le fond est formé de tissu ganglion-
» naire, de tissu cellulaire sphacelés ; elle se cicatrise plus rapide-
» ment qu'on ne le penserait en la voyant.

« Les cicatrices sont relativement minimales et *diminuent de*
» *plus en plus dans les mois qui suivent l'intervention*.

« Si l'action diathermo-coagulante a été suffisante et a atteint
» tous les points malades, la guérison s'obtient en une seule séance
» et c'est le cas le plus fréquent. Bien que nous n'ayons jamais eu
» d'accident dû à une nécrose trop profonde, nous ne saurions trop
» recommander la prudence, car il faut bien se rappeler que le cou-
» rant se dégage et agit non seulement sur toute la hauteur de
» l'aiguille mais encore à son extrémité, prolongeant ainsi plus
» profondément son action coagulante ».

3^o *Comment agit la diathermo-coagulation ?*

a) Une action est indiscutable, c'est celle de coagulation,
de destruction et d'élimination des parties malades.

b) Aussi certaine est l'action de libération des enkystements
qui permet l'action des traitements spécifiques pyrétogènes.

c) Peut-être, mais ceci n'est qu'une hypothèse, existe-t-il
un troisième facteur de guérison : la résorption des escarres, des
tissus détruits, ne constitue-t-elle pas une sorte d'autovaccination
analogue à celle dont MM. DELBET, BEAUVY et MENÉGAUX se sont servi
en broyant le ganglion lymphogranulomateux et en le réinjectant.

Quelle que soit la manière dont agit la diathermo-coagulation,
les observations qui suivent vont démontrer que c'est une méthode
fidèle, « de sécurité », qui donne des résultats, dans l'ensemble,
très proches les uns des autres.

1) Cette lymphorrhée abondante est un phénomène habituel au cours de l'électrocoagulation (BORDIER Diathermie p. 164) Elle ne doit ni étonner ni inquiéter.

IV. OBSERVATIONS

A. Bubons dont la nature chancrilleuse a été affirmée par la découverte du B. de Ducrey

OBSERVATION I.

AUBER...

Malade de 20 ans, employé, entre le 5 Février 1931 pour une tuméfaction de l'aîne droite apparue 15 jours auparavant. Elle aurait légèrement augmenté de volume au cours des derniers jours.

Les derniers rapports datent de fin Décembre 1930.

A l'examen on constate dans l'aîne droite un bubon du volume d'un marron. La peau, très amincie, qui le recouvre, est de couleur rouge violacé.

Sa consistance est élastique avec une zone de ramollissement plus marquée. La palpation en est légèrement douloureuse.

Il existe à l'extrémité du fourreau une chancrelle typique, que le patient n'a remarquée que 2 jours après le bubon.

L'ultra-microscope ne décele pas de spirochète au niveau de ce chancre.

La réaction de B. W. est négative.

Par contre, un frottis du chancre montre la présence de *B. de Ducrey*.

Une intradermo-inoculation au *Dmelcos* est très positive.

Le 11 Février. — Le bubon est électrocoagulé : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 20 Février. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit dès lors une injection intraveineuse de *Dmelcos* tous les 2 jours (six injections au total).

Le 3 Mars. — La plaie opératoire a des bords et un fonds nets.

Le 14 Mars. — La plaie est presque complètement cicatrisée. Il n'existe aucun empatement à la périphérie, ni dans la profondeur.

L'indolence, tant spontanée qu'à la palpation, est totale.

Le 16 Mars. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est souple, sans aucune rétraction.

OBSERVATION II.

ARSENA...

Malade de 31 ans, entre le 27 Juin 1930 pour un bubon de l'aine droite et un chancre du sillon balano-préputial presque cicatrisé.

Le chancre, apparu il y a mois, a été traité par des lavages de permanganate et par de la poudre de calomel.

Quatre jours après, le malade s'est aperçu de la présence d'un bubon dans l'aine droite, ayant augmenté les 8 derniers jours.

Les derniers rapports datent de un mois.

L'examen montre dans l'aine droite une tuméfaction du volume d'un œuf de poule. L'aspect des téguments est normal.

La consistance est ferme, on ne réveille qu'une légère douleur à la palpation.

Au niveau du frein, existe une petite macule de la taille d'une lentille, sans induration, seul reliquat du chancre presque cicatrisé.

Par ailleurs, l'examen viscéral ne montre rien d'anormal.

La réaction de B. W. est négative.

On décèle du *B. de Ducrey* dans l'intra-dermo-inoculation du chancre.

L'intra-dermo-réaction au *Dmelcos* est très positive.

3 Juillet. — Le bubon est électrocoagulé : (*Bipolaire Plot 3*).

6 Juillet. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au *Dmelcos* intraveineux (6 injections : une tous les 2 jours).

2 Août. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est souple. Il n'existe ni douleur, ni empâtement.

OBSERVATION III.

ALIQ...

Ce malade, âgé de 25 ans, vient consulter le 28 Novembre 1930, pour une ulcération du prépuce et pour une tuméfaction de l'aine droite.

Ulcération et bubon datent de 1 mois et seraient apparus simultanément, 4 jours après un contact suspect.

A l'examen, on note une chancrelle typique au niveau du prépuce.

Dans l'aine droite, existe un bubon du volume d'un gros œuf. Les téguments sus-jacents sont violacés.

La palpation, douloureuse, montre une consistance molle.

L'ultra-microscope ne révèle pas de spirochètes dans la chancrelle.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon ne montre pas de pus mais seulement de la sérosité.

Le *B. de Ducrey* est aisément découvert dans le frottis du chancre.

Les cuti et intra-dermo-inoculations de la sérosité du bubon sont négatives.

L'intra-dermo-inoculation au Dmelcos n'a pas été faite.

Le 3 Décembre. — Electrocoagulation du bubon: (*Bipolaire Plot 3*).

Le 10 Décembre. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit du Dmelcos par voie intraveineuse (6 injections en tout, une tous les 2 jours).

Le 20 Décembre. — La plaie est en voie de cicatrisation. Il n'existe pas de douleur.

Le 10 Janvier. — Le malade sort complètement guéri. Sa cicatrice est souple, linéaire.

OBSERVATION IV.

ALVA...

Entre le 12 Juin 1930 pour une tuméfaction de l'aîne gauche, datant de 1 mois.

Elle serait apparue simultanément avec une ulcération de la verge ayant duré 8 jours, cicatrisée depuis.

L'examen montre dans l'aîne gauche un bubon du volume d'un œuf de pigeon, dur, peu douloureux.

Les téguments superficiels ne sont pas modifiés à son niveau.

Près du frein on retrouve la cicatrice brunâtre du chancre.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon donne quelques gouttes d'un pus qui est amicrobien.

Le 19 Juin. — L'orifice de ponction du bubon se chancrellise. A ce niveau il est aisé de mettre en évidence du *B. de Ducrey*.

L'intra-dermo-inoculation est *positive* avec le pus du bubon. (Présence de *B. de Ducrey*).

L'intra-dermo-inoculation au Dmelcos est *positive*.

La cuti-inoculation, pratiquée, tant avec le produit de râclage du chancre qu'avec le pus du bubon, est *négative*.

Le 20 Juin. — Electrocoagulation: (*Bipolaire Plot 3*).

Le 21 Juin. — Le malade est mis au Dmelcos (6 injections i. v., une tous les deux jours).

18 Juillet. — La cicatrisation est parfaite. Le malade quitte l'hôpital, guéri.

OBSERVATION V.

BAU...

Ce malade, âgé de 55 ans, est venu consulter le 2 Décembre 1930 pour une tuméfaction de l'aîne gauche, survenue 6 semaines auparavant. Elle aurait été précédée de petites ulcérations de la verge ayant duré quelques jours et s'étant cicatrisées spontanément.

L'examen montre un bubon recouvert d'une peau luisante, violacée, présentant un orifice fistuleux d'où sort un peu de pus grumeleux.

Le bubon s'est ouvert spontanément dans le bain de propreté donné systématiquement à l'entrée dans le service.

Sur la verge on retrouve avec difficulté deux petites macules, seul reliquat du chancre.

L'examen à l'ultra-microscope est négatif.

La réaction de B. W. est négative.

On trouve du *B. de Ducrey* dans une phlyctène faite à la neige carbonique et inoculée avec le pus du bubon.

La cuti et l'intra-dermo-inoculation du pus du bubon sont négatives.

L'inoculation au Dmelcos n'a pas été faite.

Le 10 Décembre — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 18 Décembre. — Chute de l'escarre. Le patient est mis au Dmelcos i.-v. (6 injections).

Des pansements au *Lugol* sont faits sur la plaie pour activer la cicatrisation.

Le 20 Décembre, il n'existe ni douleur spontanée ou provoquée, ni réaction à la périphérie.

Le 8 Janvier. — La guérison complète permet la sortie du sujet.

OBSERVATION VI.

BI...

Le malade, âgé de 25 ans, entre le 16 Juin 1930 pour tuméfaction inguinale droite et ulcération au niveau de la verge.

A l'examen, on trouve un bubon gros comme un œuf de pigeon. Il n'existe pas de modification des téguments. La palpation peu douloureuse montre que sa consistance est molle.

La verge est oedématisée et présente au niveau du sillon balano-préputial une chancelle typique.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon faite à la pipette ramène un pus franc qui ne contient pas de *B. de Ducrey*.

Le frottis du chancre révèle la présence de *B. de Ducrey*.

L'intra-dermo-inoculation est positive, (présence de *B. de Ducrey*), tant avec le pus du bubon qu'avec la sérosité du chancre.

La cuti-inoculation faite avec le pus du bubon et avec le râclage de chancre est négative.

L'intra-dermo-inoculation au *Dmelcos* est positive.

Le 20 Juin. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 24 Juin. — Le malade est mis au *Dmelcos* (6 injections).

Le 14 Juillet. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est souple et indolente.

OBSERVATION VII.

BOIR...

Garçon de café, âgé de 30 ans, qui consulte le 5 Février 1931 pour un bubon inguinal droit datant de 20 jours et pour une ulcération de la verge survenue il y a 6 semaines.

L'examen montre dans l'aîne droite une tuméfaction allongée dans l'axe du pli inguinal, du volume d'une orange ; sa consistance est élastique avec des zones de ramollissement vers le centre. La peau est amincie, violacée. La palpation est peu douloureuse.

En outre, il existe une chancrelle non cicatrisée du sillon balano-préputial.

Ce malade se sait syphilitique. Il aurait eu une réaction de B. W. fortement positive il y a un an.

Il a subi pendant 6 mois un traitement mixte arsenic-bismuth.

La réaction B. W. est négative à l'entrée.

L'examen viscéral général est négatif. La ponction du bubon montre du pus franc ne contenant pas de *B. de Ducrey*.

La cuti-inoculation et l'intra-dermo-inoculation pratiquées avec le pus du bubon restent négatives.

Par contre, le frottis fait sur la chancrelle montre du *B. de Ducrey*.

Le 11 Février. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*, puis *Plot 4*).

La poche entre « en ébullition ». Il en sort un pus liquide brunâtre.

Le 24 Février. — Chute de l'escarre. Plaie grande comme une petite paume de main. La périphérie reste légèrement douloureuse.

Le malade est mis au *Dmelcos* i.-v. (6 injections).

Le 3 Mars. — La cicatrisation progresse rapidement. L'empâtement périphérique a complètement disparu ainsi que la douleur.

Le 17 Mars. — La cicatrisation est achevée. La zone électro-coagulée est d'une souplesse parfaite. Le malade sort guéri.

OBSERVATION VIII.

BRAU...

Malade de 30 ans, garçon de café, entre le 22 Janvier pour adénopathie inguinale droite et chancre du fourreau de la verge. Le bubon date des premiers jours de Janvier, le chancre de fin Décembre.

Les derniers rapports auraient eu lieu au début de Novembre.

A l'examen : Bubon de l'aîne droite, gros comme un œuf de pigeon, ramolli, recouvert d'une peau violacée, amincie et chaude.

A ce niveau existent des douleurs spontanées avec élancements dans la région lombaire et dans les bourses.

La verge est très œdématiée.

A l'extrémité du fourreau : chancre mou typique. Le malade est porteur d'une uréthrite blennorragique soignée à Lariboisière depuis 2 mois.

La réaction de B. W. est faiblement positive.

Dans le frottis du chancre on trouve du *B. de Ducrey*.

La ponction du bubon ramène du pus.

La cuti-inoculation de ce pus est négative.

L'intra-dermo-inoculation est positive (cependant l'examen du pus de ce nouveau foyer ulcéreux ne montre pas de *B. de Ducrey*).

L'intra-dermo-inoculation au *Dmelcos* est positive.

Le 28 Janvier. — Electrocoagulation du bubon : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 5 Février. — Chute de l'escarre. La plaie arrondie est de la taille d'une pièce de 5 francs. Sa périphérie est légèrement douloureuse.

On fait des pansements au *Lugol*.

Le patient est mis au *Dmelcos* (6 injections i.-v.).

Le 20 Février. — La plaie est grande comme une pièce de 2 francs. La douleur et l'empâtement de la périphérie ont absolument disparu.

Le 3 Mars. — La plaie est cicatrisée. Le sujet reprend la vie normale.

OBSERVATION IX.

CAILL...

La malade, âgée de 16 ans, entre dans le service le 6 Novembre 1930 pour une adénopathie volumineuse de l'aîne droite.

A l'examen, on trouve un bubon ouvert spontanément et laissant couler un pus grumeleux.

A l'anus on trouve une chancrelle.

La réaction B. W. est négative.

On découvre seulement du *B. de Ducrey* dans une phlyctène faite avec de la neige carbonique et inoculée avec le pus du bubon.

Les autres examens : intra-dermo et cuti-inoculations sont négatives.

Le 19 Novembre. — Electrocoagulation du bubon (*Bipolaire Plots 3 et 4*).

Le 28 Novembre. — Chute de l'escarre. Le sujet est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 14 Décembre. — Le bubon coagulé coule encore abondamment.

Le 20 Décembre. — Le bubon tend à se cicatriser mais très lentement.

Le 28 Décembre. — La cicatrisation ne progresse que très lentement. La malade est mise au vaccin antistaphylococcique (6 piqûres).

Le 2 Janvier. — La plaie a diminué mais il persiste encore un écoulement purulent. Le frottis ne montre que des germes banaux.

Le 13 Janvier. — Amélioration de la plaie, mais la cicatrisation est toujours incomplète.

La malade reçoit un traitement au Lugol : 3 cuillerées à café per os chaque jour et tous les 2 jours une injection intraveineuse de 4 cc. d'un mélange de Lugol et d'hyposulfite de soude.

Le 26 Janvier. — La plaie de la taille d'un pois, ne coule que par intermittence.

Le 28 Janvier. — La cicatrisation est achevée. La malade, guérie, quitte l'hôpital.

OBSERVATION X.

DEB...

Ce malade est entré le 29 Novembre 1930 pour un bubon de l'aine gauche datant de 1 mois.

Un mois auparavant est survenue une ulcération de la verge, guérie en 15 jours par attouchements au nitrate d'argent et pansement à la poudre d'Aristol.

Le bubon de l'aine gauche est du volume d'un petit œuf, légèrement douloureux, fluctuant, recouvert d'une peau violacée et qui paraît amincie.

Le chancre de la verge est cicatrisé et il n'en reste comme seule trace qu'une macule rosée.

La réaction de B. W. est négative.

Il a été seulement trouvé du *B. de Ducrey* dans la sérosité de la lésion œdémateuse d'inoculation au Lapin de pus du bubon.

Tous les autres examens ont été négatifs.

Le 2 Décembre. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Issue de pus abondant.

Le 8 Décembre. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit la 1^{re} injection i.-v. de Dmelcos (6 en tout).

Le 26 Décembre, la cicatrisation est avancée, la plaie est plate et lisse.

Le 30 Décembre. — Le malade sort sur sa demande. La plaie est *incomplètement* épidermée sur une surface grande comme une pièce de cinquante centimes.

OBSERVATION XI.

GROS...

Malade de 19 ans, entre le 11 Décembre 1930 pour ulcération de la verge et tuméfaction inguinale gauche.

L'adénopathie date d'une dizaine de jours alors que les ulcérations de la verge seraient apparues dès le mois d'Octobre.

Le malade qui a présenté un chancre syphilitique 6 mois auparavant a été traité régulièrement depuis lors par des injections de Novar (2 séries) et de Quinby. Il n'est survenu aucun accident secondaire.

Au cours de la 2^{me} série de Novar (17 Novembre) est survenu un ictère avec décoloration des matières.

Il dure encore à l'entrée à l'hôpital.

L'examen montre un ictère par rétention avec un foie légèrement augmenté et douloureux.

Au niveau de la verge on trouve une balanite avec quelques petites ulcérations ayant l'aspect de chancres.

Le bubon inguinal gauche est du volume d'un œuf de pigeon. Les téguments ne sont pas modifiés, la palpation est peu douloureuse, la consistance est ferme. Il n'existe pas de points ramollis. La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon ramène peu de pus, et surtout du sang.

Recherche du Ducrey. — Dans l'intradermo-inoculation du produit de grattage du chancre qui devient positive, on met en évidence du *B. de Ducrey*.

Les autres examens pratiqués sont négatifs : (cuti-inoculation, intra-dermo-inoculation faites avec le pus du bubon, intradermo-inoculation au Dmelcos).

Le 24 Décembre. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 27 Décembre. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections i.-v.).

Le 10 Janvier. — La plaie très nette est de la taille d'une petite paume de main.

Le 21 Janvier. — La cicatrisation progresse rapidement ; toute la périphérie est épidermée. La plaie est de la taille d'une pièce de 5 francs.

Le 29 Janvier. — Le malade sort cicatrisé. La zone coagulée est souple. Il n'y a ni induration ni douleur.

OBSERVATION XII.

KAS...

Malade de 40 ans, entre le 5 Juillet 1930 pour adénopathie inguinale gauche et ulcération de la verge.

Le bubon date de 3 semaines, le chancre n'aurait été aperçu que depuis 10 jours.

Le dernier rapport remonterait à 25 jours.

L'examen montre dans l'aîne gauche une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, de consistance élastique, mobile sous la peau, légèrement adhérent dans le fond. Il n'y a pas de modification des téguments, pas de douleur spontanée à la palpation.

La chancelle est située au niveau du sillon balano-préputial. La réaction de B. W. est négative.

Le B. de Ducrey est présent dans le frottis du chancre, dans l'intra-dermo-inoculation, et la cuti-inoculation (faites avec le râclage de chancre).

L'intra-dermo-inoculation au *Dmelcos* est *positive*.

Les autres recherches: cuti-inoculation et intra-dermo-inoculation faites avec le pus du bubon sont négatives.

Le 24 Juillet. — Electrocoagulation du bubon : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 2 Août. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 22 Août. — Il sort complètement guéri. La souplesse de la cicatrice est parfaite. Il n'existe aucune réaction autour de celle-ci.

OBSERVATION XIII.

LOCATE...

Malade de 28 ans, entre le 29 Janvier 1931 pour adénopathie inguinale gauche et ulcération minime du prépuce.

L'adénopathie date du 5 Janvier, elle est survenue quelques jours après l'ulcération.

Deux injections de Dmelcos données à l'hôpital St.-Antoine n'ont amené aucune modification du volume du bubon.

L'apparition de douleurs articulaires et un purpura généralisé ont fait arrêter ce traitement.

A l'examen, on constate l'existence dans l'aîne gauche d'un bubon du volume d'un œuf de poule, douloureux à la palpation, mou dans son ensemble, avec des zones de ramollissement plus marquées. La peau susjacente est amincie et violacée.

En outre, le malade présente un phimosis peu serré et une petite ulcération du prépuce.

Il persiste encore quelques éléments de purpura mais les douleurs articulaires ont disparu.

Dans les urines il n'y a ni sucre ni albumine.

La réaction de B. W. d'abord faiblement positive devient négative à un 2^e examen.

La ponction du bubon donne du pus franc.

On trouve du *B. de Ducrey* dans le frottis de la chancrelle.

L'intra-dermo-réaction au *Dmelcos* est positive.

L'intra-dermo et la cuti-inoculation faites avec le pus du bubon sont négatives.

Le 4 Février. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

L'examen des urines pratiqué au réveil montre de l'albumine (4 grammes au tube d'Esbach).

Le malade est mis au régime lacto-végétarien et l'on fait un dosage quotidien de l'albuminurie.

Elle persiste jusqu'à sa sortie de l'hôpital au taux de 1 gramme.

Le 10 Février. — Chute de l'escarre. On met le malade au *Dmelcos*.

Le 12 Février. — Apparition d'une hématurie (qui dure pendant 3 jours).

Le *Dmelcos* est arrêté.

La plaie d'électrocoagulation est ovale de la taille d'une pièce de 5 francs.

Il n'y a ni douleur, ni empâtement.

Le 4 Mars. — La plaie est grande comme une pièce de 2 francs.

Le 27 Mars. — La guérison est complète, la cicatrice est linéaire et souple.

OBSERVATION XIV.

MARQ...

Malade de 22 ans, entre le 8 Décembre 1930 pour adénopathie inguinale droite durant depuis 8 jours.

Elle a été précédée par une ulcération du fourreau, apparue vers le 10 Novembre, cicatrisée vers le 25 Novembre.

Le dernier rapport aurait eu lieu 10 jours avant l'apparition du chancre.

L'examen montre dans l'aîne droite un bubon, du volume d'une petite orange, en voie de ramollissement. La peau est rouge, amincie, luisante. La palpation est douloureuse. Avec peine on découvre la petite cicatrice du chancre.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon ramène du pus et du sang.

On trouve du B. de Ducrey dans l'intra-dermo-réaction faite avec le pus du bubon.

Les autres examens : R. de Frei et intra-dermo-inoculation au Dimelcos sont négatifs.

Le 1^{er} Décembre. — Electrocoagulation : (Bipolaire Plot 4).

Le 2^e Décembre. — Guérison de l'escarre. Le malade est mis au Dimelcos I-v. (6 injections).

Le 12 Janvier. — La plaie est en bon état, elle n'est plus qu'une fente allongée dans l'axe de l'aîne, le fond en est net, rouge. Il n'y a plus d'écoulement.

Le 24 Janvier. — La cicatrisation progresse. La plaie n'a qu'une très faible profondeur.

On prescrit la solution de Lugol par la bouche, 1 cuillerée à café par jour.

Le 31 Janvier. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION XV.

1936.

Malade, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital le 16 Mai 1936 pour chancres de la lèvre interne du prépuce, datant de 1 mois et pour un bubon inguinal gauche apparu quelques jours après les chancres.

A l'examen, on trouve dans l'aîne gauche un bubon ouvert depuis 4 à 5 jours et ne présentant pas d'écoulement.

Il existe un empâtement marqué de toute la région. La peau est rouge sombre, mate, oedématisée. Il n'y a pas de ganglions illiaques. Rien du côté opposé.

Au niveau du frein et sur le prépuce se voient 4 chancres aux bords à pic, à fond purulent.

Le dernier rapport remonterait à 2 mois.

La ponction du bubon donne du sang avec un peu de pus.

Le B. de Ducrey est décelé dans le frottis des chancres et dans l'intra-dermo-inoculation faite avec le grattage des chancres.

L'intra-dermo-réaction au Dimelcos est positive.

Les intra-dermo et cuti-inoculation, faites avec le pus du bubon sont négatives.

Le 21 Mai. — Electrocoagulation du bubon : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 25 Mai. — Chute de l'escarre. On commence la série de 6 injections de Dmelcos.

Le 13 Juin. — Le malade sort, guéri.

OBSERVATION XVI.

Nicovi.... (Michel)

Le malade, âgé de 27 ans, entre le 10 Juin 1930 pour une adénopathie inguinale gauche apparue dans les premiers jours de Mars à la suite d'un chancrelle minime du prépuce dont le malade s'est aperçu à la fin de Février et qui a guéri spontanément en trois jours.

Le bubon a été *incisé* le 10 Mars et depuis cette époque il persiste une fistule sans aucune tendance à l'amélioration.

A l'examen, on constate dans l'aîne gauche un empâtement considérable et étendu avec, à sa partie interne, un orifice à bords irréguliers, par lequel s'écoule en quantité notable du pus mal lié, grumeleux.

Il n'y a rien d'anormal dans l'autre aîne.

On ne trouve pas d'ulcération sur la verge ou à l'anus.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon sont négatifs.

Le 11 Juin. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 2*).

Le 20 Juin. — Chute de l'escarre. La plaie est de la taille d'une pièce de cinq francs. Le malade reçoit dès le lendemain sa première injection intraveineuse de Dmelcos (6 en tout).

Le 17 Juillet. — Le malade sort presque guéri. Il persiste une petite surface non épidermée, grosse comme une pièce de cinquante centimes.

Le 24 Octobre. — Il revient de nouveau porteur d'une adénopathie, mais du côté droit cette fois, et d'une chancrelle préputiale typique dans laquelle on trouve des *B. de Ducrey*.

Dans la portion externe de la cicatrice d'électrocoagulation de l'aîne gauche on sent un petit noyau dur et la pression à ce niveau fait sourdre une gouttelette de pus. La cuti et l'intradermo-inoculation pratiquées avec ce pus sont toutes deux positives et contiennent de nombreux *B. de Ducrey*.

Le 29 Octobre. — Electrocoagulation de l'aîne gauche au niveau du pertuis : (*Bipolaire Plot 3*).

On commence en même temps une nouvelle série d'injections de Dmelcos.

Le 24 Novembre. — Le malade sort guéri. L'adénopathie droite a régressé complètement. La plaie d'électrocoagulation est cette fois-ci complètement cicatrisée.

OBSERVATION XVII.

PAWLI...

Femme de 23 ans, venue dans le service le 4 Décembre 1930 pour adénite inguinale droite datant de 3 semaines.

On constate en effet un bubon de la grosseur d'une noix, légèrement ramolli, douloureux.

Les téguments susjacents sont un peu rouges.

A la vulve (grandes lèvres) on découvre 2 chancres typiques.

A l'anus on trouve également des chancres.

La malade a eu une réaction de B. W. positive (faite en ville) il y a 1 an. Elle a reçu une série de Novar et 2 séries de Quinby, à la suite desquelles le B. W. serait devenu négatif.

Dans le service, la réaction de B. W. est fortement positive à 3 examens successifs et la patiente est mise au traitement spécifique.

La ponction du bubon donne de la sérosité et du pus, un peu de sang.

On décèle du *B. de Ducrey* dans l'intra-dermo-réaction faite avec le pus du bubon.

Le 10 Décembre. — Electrocoagulation : (Bipolaire Plot 3).

Le 20 Décembre. — Chute de l'escarre. On commence la série de Dmelcos (6 injections).

Le 13 Janvier. — La plaie d'électrocoagulation est très peu profonde mais donne toujours du pus.

Le 20 Janvier. — La cicatrisation est presque terminée.

Le 27 Janvier. — La malade sort, complètement guérie.

OBSERVATION XVIII.

PER...

Agé de 40 ans, entre à l'hôpital le 15 Mai 1930 pour adénite inguinale droite datant de 45 jours.

Elle a été précédée 8 jours avant d'un chancre préputial.

Le dernier rapport daterait de 3 semaines.

On trouve dans l'aîne droite une masse de la dimension d'un œuf,

dure, ne présentant pas de points ramollis, peu douloureuse. On la mobilise sous la peau mais elle semble adhérente dans la profondeur.

La réaction de B. W. positive à l'entrée devient négative à 2 examens ultérieurs.

Dans le frottis du chancre et dans l'intra-dermo-réaction faite avec le pus du bubon on trouve du *B. de Ducrey*.

L'intra-dermo-réaction au *Dmelcos* est positive.

Le 21 Mai. — Electrocoagulation du bubon droit (*Bipolaire Plot 3*).

Le 22 Mai. — Un ganglion de l'aîne gauche, 2 fois ponctionné auparavant pour recherche du *B. de Ducrey*, rougit et adhère à la peau. Il est de la taille d'une grosse noisette.

La ponction ne permet pas de déceler de *B. de Ducrey* tant par l'examen direct que par l'intra-dermo et cuti-inoculations.

Le 27 Juin. — Electrocoagulation du bubon gauche (*Bipolaire Plot 2*).

Le 30 Juin. — Chute de l'escarre. Malade mis au *Dmelcos* (6 injections).

Le 13 Juillet. — La cicatrisation est très avancée. Le malade sort et doit revenir aux pansements.

OBSERVATION XIX.

LE PHILI...

33 ans, entré dans le service le 21 Octobre 1930 pour chancres qui dateraient de 2 ans avec des alternatives de guérison et de reprise. De plus, depuis 15 jours, est apparu un bubon inguinal droit.

Les derniers rapports dateraient de 20 jours.

Le bubon est gros comme un œuf, peu douloureux, fluctuant.

On trouve aisément plusieurs petites ulcérations préputiales.

La ponction du bubon amène du pus franc en abondance.

On met en évidence le *B. de Ducrey* dans la cuti-réaction et l'intra-dermo-réaction faites avec le pus du bubon.

La réaction de B. W. est négative.

Le 31 Octobre. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 3 Novembre. — On trouve du *B. de Ducrey* dans la plaie d'électrocoagulation.

Le 4 Novembre. — La plaie semble se chancrelliser sur les bords.

On fait un frottis quotidien qui montre chaque fois du *B. de Ducrey*, jusqu'au 10 Novembre.

Le 8 Novembre. — Le malade est mis au Dmelcos (6 injections) et localement à l'iodoforme.

Le 21 Novembre. — Le malade sort incomplètement cicatrisé.

Le 13 Décembre. — Il revient pour récidive dans la queue de l'électrocoagulation. A ce niveau petite ulcération purulente.

Frottis : microbes d'infection banale.

Le 1^{er} Janvier. — On commence la 2^e série de Dmelcos (6 injections).

Le 11 Janvier. — La cicatrisation est achevée. Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION XX.

P...

27 ans, venu dans le service, le 15 Janvier 1931 pour ulcération du fourreau datant du 15 Décembre 1930 et pour adénopathie inguinale gauche apparue 4 jours plus tard.

Dans l'aîne gauche, se voit une tuméfaction du volume d'une noix, élastique dans son ensemble avec certains points de ramollissement plus marqués. La palpation en est douloureuse et la peau est chaude et rouge à son niveau.

Sur le fourreau existe une petite ulcération ayant les caractères d'un chancre mou en voie de cicatrisation.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon donne du pus.

La preuve de la nature chancrelleuse est fournie par l'intra-dermo-inoculation du pus du bubon qui est *positive* et qui contient du *B. de Ducrey*, et l'intra-dermo-réaction au Dmelcos qui est *positive*.

Le 21 Janvier. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le pus est contenu dans des logettes multiples qui s'ouvrent et bouillonnent sous l'aiguille.

Le 27 Janvier. — Chute de l'escarre. Le patient est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 10 Février. — La plaie d'électrocoagulation est grosse comme une pièce de 2 francs. Il n'existe ni empâtement périphérique, ni douleur.

Le 26 Février. — Le malade sort, complètement guéri avec une cicatrice plane, légèrement rosée, souple.

OBSERVATION XXI.

POLO...

Le malade, âgé de 30 ans, est venu consulter une première fois dans le service le 3 Septembre 1930 pour chancre mou du prépuce et bubon de l'aîne gauche.

Il reçoit 6 injections de Dmelcos et quitte l'hôpital le 11 Octobre avec son chancre cicatrisé et l'adénopathie très diminuée. Mais le 25 Octobre il est obligé de revenir dans le service, car son bubon a grossi de nouveau.

Il est gros comme une orange. Les téguments sont rouges violacés et menacent de se rompre.

Le chancre est complètement cicatrisé.

La réaction de B. W. est négative.

Le reste de l'examen est normal.

On fait une 2^e série de Dmelcos (6 injections).

L'adénopathie rétrocede à peine.

Le 6 Novembre. — Electrocoagulation (*Bipolaire Plot 4*).

Le 11 Novembre. — Chute de l'escarre. On commence à chercher le B. de Ducrey chaque jour.

Le 17 Décembre. — On décèle la présence de B. de Ducrey.

On fait une 2^e électrocoagulation (*Bipolaire Plot 4*), car il persiste une petite masse dans la plaie de la 1^{re} électrocoagulation.

Le 23 Décembre. — Dès la chute de l'escarre, on commence des injections de Dmelcos (3^e série reçue par le malade).

Le 26 Décembre. — La plaie est de la taille d'une pièce de 5 francs, le fond est rouge avec de nombreux bourgeons charnus. Il n'y a ni empâtement ni douleur.

Le 17 Janvier. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXII.

Po...

Ce malade entre le 22 Mai 1930 pour ulcération de la verge et adénopathie inguinale bilatérale.

Cette dernière date de 18 jours et serait apparue 15 jours après le chancre.

On constate, en effet, un chancre mou typique au niveau du frein. Les ganglions inguinaux droit et gauche sont de la taille d'une grosse noix, durs avec points ramollis, peu douloureux ; les téguments ne sont pas modifiés. La ponction du bubon donne du pus franc.

La réaction de B.W. est négative.

On décèle du B. de Ducrey dans le frottis du chancre, où il est abondant et dans l'intradermo-inoculation faite avec le pus du bubon.

Le 30 Mai. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 7 Juin. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 28 Juin. — La plaie est presque complètement cicatrisée ; le malade sort.

OBSERVATION XXIII.

R...

Entre le 22 Mai 1930 pour une chancrelle et un bubon qui seraient apparus simultanément il y a 1 semaine.

On constate :

1° dans l'aine une adénopathie du volume d'une noix, non ramollie, recouverte de téguments normaux.

2° Au niveau de la couronne du gland une chancrelle typique et remarquable par son caractère térébrant.

La ponction du bubon à la pipette donne du pus franc.

La réaction de B. W. est négative.

La nature chancrelleuse du bubon est prouvée par le frottis de chancre montrant du *B. de Ducrey* et l'intradermo-inoculation faite avec le pus du bubon qui est positive et contient du *B. de Ducrey*.

Le 30 Mai. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 4*).

Le chancre a presque totalement disparu en 8 jours sans traitement.

Le 6 Juin. — Chute de l'escarre. Début de la série de Dmelcos (6 injections en tout).

Le 20 Juin. — La plaie est cicatrisée.

OBSERVATION XXIV.

Ri...

Entre le 8 Juillet 1930 pour ulcération de la verge datant de huit jours et bubon ayant apparu 5 jours plus tard.

Dans l'aine gauche, en effet, on constate une petite tuméfaction de la taille d'un marron, dure dans l'ensemble, un peu ramollie en un point. La peau adjacente est un peu rouge.

En outre, il existe au niveau du prépuce un chancre mou typique.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon donne du pus franc.

On met en évidence le *B. de Ducrey* dans le frottis du chancre, l'intradermo-inoculation du pus du bubon et l'intradermo-inoculation de la sérosité du chancre.

L'intradermo-inoculation *au Dmelcos* est *positive*.

Le 9 Juillet. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 14 Juillet. — Chute de l'escarre. On commence la 1^{re} série de Dmelcos (6 injections).

Le 5 Août. — Le malade sort avec une plaie presque complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXV.

SWIT...

37 ans, entre le 16 Mai 1930 pour un bubon de l'aine gauche datant de 3 semaines environ et ayant succédé à un chancre apparu il y a un peu plus d'un mois.

Actuellement, *on trouve* sur la verge 2 chancres nains: l'un sur le fourreau, l'autre sur le gland. Ils sont circulaires, saillants à fond purulent.

Il existe, en outre, une cicatrice de chancre induré traité il y a 1 an dans le service par 1 série de Novar (le malade n'est plus revenu depuis).

Dans l'aine gauche existe un bubon de la grosseur d'un œuf, douloureux, recouvert d'une peau rouge et chaude.

De l'autre côté, on peut palper 3 petits ganglions, durs, mobiles, non douloureux.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est douteuse.

La nature chancrelleuse du bubon est prouvée par l'intradermo-inoculation faite avec le pus du bubon qui est *positive* et contient du *B. de Ducrey*.

L'intra-dermo-inoculation *au Dmelcos* est *positive*.

Le 28 Mai. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 30 Mai. — 1^{re} injection de Dmelcos.

Le 3 Juin. — Chute de l'escarre.

Le 28 Juin. — Le malade sort. La plaie est presque complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXVI.

TI...

Entré le 26 Juin 1930 avec une ulcération préputiale datant de 8 jours et une adénopathie inguinale survenue peu après.

A l'examen, on trouve un bubon inguinal droit dur, légèrement douloureux, gros comme une noix.

Sur le prépuce existe un chancre mou typique.

En outre, le malade présente une blennorrhagie datant de 6 mois.

La réaction de B. W. faite trois fois est toujours fortement positive. Le malade est mis au traitement antisyphilitique.

La ponction du bubon ne montre pas de pus mais du sang poisseux.

On met en évidence du *B. de Ducrey* uniquement dans l'intra-dermo-inoculation faite avec le frottis du chancre.

Le 2 Juillet. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 2*).

Le 6 Juillet. — Le sujet est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 8 Juillet. — Chute de l'escarre.

Le 2 Août. — Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXVII.

THO...

Agé de 31 ans, entre dans le service le 26 Décembre 1930 avec une ulcération de la verge datant de 1 mois survenue 8 jours après un rapport, et d'une adénopathie dont le malade s'est aperçu il y a 15 jours.

On trouve dans l'aîne droite un bubon gros comme une orange, recouvert d'une peau rouge violacée. Il est légèrement douloureux à la palpation et l'on sent un large empâtement de toute la région.

Le chancre du fourreau de la verge est cicatrisé.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon ramène du pus mêlé de sang.

La nature chancreuse est prouvée par l'intra-dermo-inoculation du pus du bubon qui est *positive* et contient du *B. de Ducrey*.

Le 30 Décembre. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3 puis 4*).

Le 6 Janvier. — L'escarre est tombée la veille.

La plaie est nette : elle mesure environ 12 cms. de long. sur 4 de large. Les bords sont surélevés, le fond est rouge vif.

Le 12 Janvier. — Le malade est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 24 Janvier. — La plaie présente un bon aspect. Elle se rétrécit rapidement. Il n'y a pas d'empâtement périphérique.

Le 27 Janvier. — La plaie est tout à fait superficielle, les limites de la peau saine et de la zone coagulée se continuent presque sans ressaut.

Le 11 Février. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est presque linéaire, absolument souple.

* * *

En résumé, nous avons traité, dans cette catégorie, 27 malades, porteurs de bubons chancrelleux dont la ponction a ramené du pus :

25 n'avaient subi aucun traitement antérieur, 2 avaient été traités au Dmelcos avant l'électrocoagulation.

3 ont guéri en 10 semaines,

6 ont guéri en 6 semaines,

6 ont guéri en 5 semaines,

12 ont guéri en 4 semaines.

L'un de ces cas a été particulièrement instructif : déjà traité par 6 injections de Dmelcos, qui avait fait *rétrocéder* son bubon, il a présenté, un mois après, une récurrence. On a pratiqué alors une électrocoagulation restreinte par désir de limiter l'étendue de la plaie. Mais le malade a eu 3 semaines plus tard une *récurrence* dans la « queue » de l'électrocoagulation qui a motivé une deuxième électrocoagulation, portant ainsi à deux mois et demi, le temps nécessaire pour obtenir une cicatrisation totale et définitive. Ceci montre, d'une part, que le Dmelcos ne met pas à l'abri des récurrences les bubons qu'il fait *rétrocéder* ; d'autre part qu'il *faut pratiquer d'emblée une électrocoagulation large et complète* qui évitera d'une manière absolue les récurrences.

Un autre malade a été lui aussi, très intéressant. Il avait subi hors du service un début de traitement par le Dmelcos (2 injections) qui n'avait pas modifié son bubon, et qui avait dû être arrêté, car le malade avait présenté à ce moment des douleurs articulaires et un purpura généralisé. Un essai de reprise de ce traitement fut rendu impossible par une hématurie. On pratiqua alors une électrocoagulation qui amena la guérison complète et définitive du bubon en 6 semaines. Ceci est nettement démonstratif, car il n'est intervenu ici aucun traitement adjuvant, le Dmelcos n'ayant pas été employé.

Enfin, le malade N1c... (Obs. XVI) a présenté *deux bubons*

successifs. Cette observation montre que le Dmelcos (i. v.) pratiqué en même temps que la 1^{re} électrocoagulation n'a pas détruit complètement le *B. de Ducrey* et a permis le développement d'un bubon du côté opposé.

Trois malades ont présenté une évolution beaucoup plus longue que normalement (de deux mois et demi) :

Pour l'un d'eux, il s'agissait d'une électrocoagulation *incomplète*, ayant nécessité une réintervention. (Observation citée plus haut).

Un autre malade est sorti, sur sa demande, incomplètement cicatrisé et a présenté 1 mois après une légère récurrence qui a rétro-cédé à la suite d'une série de Dmelcos.

Pour le troisième cas enfin, il s'agit très vraisemblablement d'une surinfection de la plaie d'électrocoagulation, qui, presque cicatrisée, a présenté un écoulement intermittent et qui a fini par se cicatriser en deux mois et demi.

2 bubons étaient fistulisés, ils se sont cependant cicatrisés en 4 semaines ; 1 était chancrifié au niveau de l'orifice de ponction, il s'est cicatrisé en 5 semaines.

4 de ces malades présentaient une réaction de Wassermann positive ; dans l'un des cas, il s'agissait vraisemblablement d'un chancre mixte.

Dans tous les cas, la guérison a été complète et définitive.

B. Bubons appartenant d'une façon certaine à la poradénolymphite

(Maladie de NICOLAS-FAVRE)

OBSERVATION I.

BROVE...

Le malade, âgé de 29 ans, entre le 3 Janvier 1931 pour une adénite inguinale droite datant de 5 à 6 jours.

Il dit n'avoir jamais présenté de chancre.

Les derniers rapports datent de cinq semaines.

A l'examen, on constate dans l'aîne droite l'existence d'un bubon bas situé, presque fémoral, dur, avec à sa partie supérieure une petite zone de ramollissement. On sent un ganglion iliaque extrêmement net.

La rate est percutable sur une longueur de 10 centimètres.

On ne trouve aucune cicatrice de chancre ni sur la verge ni à l'anus.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène facilement du pus.

De tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon, seule l'intra-dermo-réaction de Frei est positive, elle donne une papule à centre nécrotique.

Le 21 Janvier. — Electrocoagulation : (Bipolaire Plot 5).

Le 24 Janvier. — Escarre avec à sa périphérie une inflammation et un empâtement notables.

Le 27 Janvier. — Chute de l'escarre. La plaie est arrondie, grosse comme une pièce de 5 francs, le fond est rouge et bourgeonne activement. Le malade est mis au Dmeloos intraveineux (6 injections en tout).

Le 5 Février. — La plaie est en voie de cicatrisation avancée, la portion interne est cicatrisée complètement.

Le 14 Février. — La cicatrisation est terminée. L'empâtement a disparu.

OBSERVATION II.

GUER...

Le malade, âgé de 28 ans, entre le 5 Mai 1930 pour une adénopathie suppurée bilatérale, fistulisée du côté gauche.

Il dit n'avoir pas eu de rapports depuis 5 mois.

Il a d'ailleurs fait plusieurs séjours à l'hôpital pour des bubons.

A l'examen, on trouve dans l'aîne gauche une masse du volume d'une petite orange, de consistance molle présentant en son centre un orifice fistuleux principal et deux autres de moindre importance dans sa portion externe, par lesquels s'écoule du pus jaunâtre en grande quantité. La peau est violacée et le pourtour apparaît induré.

Le bubon du côté droit est du volume d'un petit œuf, douloureux, légèrement ramolli, recouvert d'une peau qui commence à rougir.

Malgré un examen très attentif on ne trouve aucune porte d'entrée.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Les différentes réactions de la chancrelle sont négatives.

La réaction de Frei est faiblement positive.

Le 15 Mai. — Electrocoagulation : (Bipolaire Plot 3).

Le 17 Mai. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 en tout).

Le 12 Juin. — La guérison est complète. La cicatrice est souple. L'empâtement inguinal qu'on avait noté à l'entrée a complètement disparu.

OBSERVATION III.

MAREC...

Ce malade, âgé de 38 ans, entre le 9 Janvier 1931 pour une adénopathie inguinale gauche apparue il y a un mois et qui n'aurait été précédée d'aucune ulcération de la verge.

Le malade a contracté la syphilis il y a un an et depuis cette époque, il a été régulièrement traité au dispensaire.

La réaction de B. W. qui est devenue négative il y a huit mois l'est encore à son entrée dans le service.

L'examen montre dans l'aîne gauche une tuméfaction du volume d'un œuf, douloureuse à la palpation. La peau est amincie, de couleur rouge sombre.

Malgré un examen méticuleux on n'a trouvé aucune ulcération de la verge ou de l'anus.

La ponction du bubon ramène du pus.

Tous les examens faits en vue de l'identification de la nature

du bubon sont négatifs. L'*intra-dermo-réaction de Frei* est faiblement positive.

Entre le 10 et le 16 Janvier le malade reçoit 2 injections intra-veineuses de Dmelcos sans qu'il y ait la moindre rétrocession de l'adénopathie.

Le 21 Janvier. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 5*).

Le lendemain, le malade qui présente un psychisme tout à fait spécial, sort sur sa demande.

Le 27 Janvier. — Le malade qui est revénu régulièrement se faire panser entre dans le service pour recevoir une série d'injections intra-veineuses de Dmelcos.

La plaie présente un bon aspect, le fond est rouge et on voit de nombreux bourgeons charnus. Il n'y a pas d'induration à la périphérie.

Le malade reçoit 4 injections intraveineuses de Dmelcos.

A ce moment il sort de nouveau sur sa demande.

La plaie n'est pas cicatrisée sur une surface de la taille d'une pièce de 5 francs.

Le 25 Février. — Le malade est revu par M. RAVAUT ; la plaie est cicatrisée mais il existe au pourtour de la zone coagulée un empatement prurigineux.

On prescrit au malade la solution de *Lugol* per os.

Le malade qui devait revenir au bout d'un mois, n'a plus été revu.

OBSERVATION IV.

CLAUZ...

Ce malade, âgé de 25 ans, entre à l'hôpital le 25 Novembre 1930 pour un bubon datant de 15 jours, apparu 8 jours après un rapport suspect.

L'examen montre dans l'aîne gauche une masse volumineuse, ovalaire, allongée le long de l'arcade crurale, de la taille d'un citron, élastique, peu douloureuse, entourée d'un empatement diffus.

Sur le gland, on trouve la cicatrice d'un chancre induré datant de 2 ans traitée régulièrement au dispensaire depuis lors.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Par contre, il n'existe pas d'ulcération génitale récente.

Le 26 Novembre. — On fait une ponction du bubon qui ramène un pus abondant. On prélève un fragment du ganglion pour faire une inoculation intradermique.

On pratique une électrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

On entreprend une série d'examens en vue d'identifier la nature du bubon (examens directs et inoculations) ; ils sont tous négatifs.

Le 3 Décembre. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections).

Le 27 Décembre. — La plaie d'électrocoagulation n'est pas encore cicatrisée et l'on sent au-dessous d'elle un empâtement allongé le long de la lèvre inférieure de la plaie.

Il s'écoule du pus à ce niveau depuis 3 jours.

On fait une 2^e *électrocoagulation très large* (*Bipolaire Plot 5*), qui livre issue à une grosse quantité de pus qui sort par de nombreux pertuis.

Le 14 Janvier. — Chute de l'escarre. La plaie apparaît très étendue : depuis le pubis jusqu'à deux travers de doigts de l'épine iliaque antéro-supérieure, sur cinq centimètres de large. Elle suppure abondamment.

Le malade commence une 2^e série de Dmelcos.

Le 27 Janvier. — La plaie a diminué de largeur. Le fond est très suintant. On fait des attouchements au nitrate d'argent tous les deux jours.

Le 31 Janvier. — Apparaît, en dedans de la plaie, une induration accompagnée de douleurs très vives irradiant vers les bourses. A ce niveau, on sent également un empâtement.

On commence une série d'injections intraveineuses : Lugol, Hypo-sulfite de Soude en mélange, de 6 à 10 cc. par jour.

Le 2 Février. — On commence à faire au malade des pansements glycérinés. L'induration se circonscrit.

On fait de nouveaux examens, cherchant à identifier la nature du bubon : l'*intradermo-inoculation de Frei* donne une grosse papule à centre blanc. Elle est donc *positive*.

Le 10 Février. — Le malade est très fatigué, dort mal, son teint est devenu terreux depuis 4 jours.

La masse inguinale a diminué de volume ainsi que les bourses. On note 3 petites ulcérations de la face interne de la racine de la cuisse. Des frottis ne montrent pas de Ducrey. La plaie suppure toujours abondamment ; au niveau de son centre, elle présente une ulcération très creusante (qui ne contient pas de B. de Ducrey).

La palpation à la périphérie est moins douloureuse, mais fait toujours sourdre du pus.

Le 14 Février. — L'empâtement est localisé tout autour de la plaie qui a bon aspect, mais la pression à la périphérie fait sourdre du pus venant de loin au-dessous de la plaie.

A la face interne de la racine de la cuisse, la peau est très amincie, violacée et la pression à ce niveau est très douloureuse.

On pratique à ce niveau une incision avec introduction d'un drain réunissant la plaie d'électrocoagulation à la plaie d'incision.

De plus, on prescrit des injections quotidiennes d'*émétine* (0,02 ; 0,04 ; 0,06 ; 0,08 ; 0,08 ; 0,08).

Les injections de Lugol-Hyposulfite de Soude sont remplacées par la prise de Lugol *per os* (3 cuillerées à café par jour).

Le 2 Mars. — On fait sur la zone coagulée une première séance de rayons X.

Le 11 Mars. — 2^e séance de rayons X.

On constate une grosse amélioration de l'aspect de la plaie qui a considérablement diminué d'étendue et de profondeur.

Elle est presque entièrement fermée ; il persiste seulement une ouverture grosse comme une pièce de 5 francs. La peau tout autour est de couleur rosée et l'épidermisation semble faire de rapides progrès. La périphérie est encore indurée et la pression fait encore sourdre du pus mais en quantité moindre que précédemment. La plaie d'incision de la cuisse est presque entièrement cicatrisée.

Les mouvements ne sont pas douloureux.

L'état général est incomparablement meilleur ; l'appétit et le sommeil sont redevenus normaux.

Le 1^{er} Avril. — Le malade qui a reçu une 3^e séance de rayons X (le 17 Mars) quitte le service. Il présente encore une plaie étroite allongée dans l'axe de l'aîne, de 5 cms. de long. environ. La périphérie est encore très indurée.

Le 1^{er} Mai. — Le malade qui revient se faire panser régulièrement a une plaie complètement cicatrisée. La zone coagulée présente une dépression centrale de 3 cms. de long. sur 1 de large.

L'induration n'a pas complètement disparu. La peau de la zone coagulée est rose clair.

Le 15 Mai. — Se produit une récurrence de l'angle interne de la cicatrice, avec induration étendue le long du scrotum et petit abcès à ce niveau.

On trouve dans cet abcès des diplocoques Gram négatif, qui n'ont pas été identifiés.

L'intradermo-réaction pratiquée avec le pus de la fistule, au niveau du bras gauche, laisse apparaître 2 jours après une pustulette à centre blanc.

Une intradermo-réaction au Dmelcos pratiquée sur l'autre bras est négative.

Une intradermo-réaction pratiquée avec l'antigène envoyé par HELLERSTRÖM donne une réaction fortement positive, ce qui est un argument supplémentaire pour considérer ce cas comme une pora-dénolymphite.

*
* *

En résumé, sur 4 cas de maladie de NICOLAS-FAVRE, traités par le drain diathermocoagulant, trois cas ont guéri rapidement ; respectivement en 4 semaines, 5 semaines, 5 semaines.

Le 4^e cas (CLAUZ...) s'est révélé extrêmement tenace et *la diathermocoagulation n'a pas obtenu la guérison absolue au bout de six mois* (1).

(1) Depuis la rédaction de ce travail, deux malades du service, présentant des bubons ressemblant à celui de CLAUZ... ont eu comme lui, une évolution qui semble devoir être trainante et compliquée.

C. — Bubons inclassés

Dans cette catégorie, nous rangeons 9 bubons dont la nature certaine n'a pu être affirmée et 1 bubon probablement mycosique.

OBSERVATION I.

BRU...

Le malade âgé de 28 ans, chauffeur de taxi, entre le 23 Décembre 1930 pour une adénopathie inguinale bilatérale apparue il y a 15 jours et qui a succédé à une ulcération de la verge remontant à un mois et demi. Les derniers rapports datent du début de Novembre.

A l'examen, on constate dans l'aîne droite une masse arrondie du volume d'un œuf, ramollie dans son ensemble, légèrement douloureuse. La peau est amincie et rouge.

Du côté opposé il existe un ganglion gros comme une noix, légèrement douloureux. La peau qui le recouvre n'est pas modifiée.

Sur la face dorsale de la couronne du gland on trouve une petite cicatrice rouge, reliquat du chancre guéri depuis 3 à 4 jours.

Le malade a contracté la syphilis en 1928 et a été traité régulièrement depuis lors.

La réaction de B. W. pratiquée à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène un pus franc, épais.

Tous les examens pratiqués dans le but d'identifier la nature du bubon (frottis, intra-dermo-inoculations et cultures) ont été négatifs.

27 Décembre. — Électrocoagulation du bubon droit : (*Bipolaire Plot 4*).

5 Janvier. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 au total).

19 Janvier. — La plaie est très belle, la cicatrisation est avancée. On fait tous les deux jours un attouchement au nitrate d'argent.

28 Janvier. — La cicatrisation est complètement terminée. Il n'y a ni induration ni douleur au pourtour de la zone électrocoagulée. La cicatrice est parfaitement souple.

OBSERVATION II.

COUR...

Ce malade, âgé de 19 ans, entre dans le service le 8 Juillet 1930 pour une ulcération du prépuce datant de 3 mois, accompagnée d'une adénopathie inguinale droite apparue il y a deux mois.

Le malade dit n'avoir pas eu de rapports depuis 4 mois au moins.

A l'examen, on constate que le chancre préputial est complètement cicatrisé et marqué uniquement par une cicatrice à peine visible.

Dans l'aîne droite, il y a un bubon de consistance molle, gros comme un œuf de pigeon, légèrement douloureux à la palpation.

La réaction de B. W. est négative.

La ponction du bubon ramène du pus franc dans lequel on ne trouve pas de microbes.

De tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon, seule l'intra-dermo-inoculation au Dmelcos est positive.

9 Juillet. — Electrocoagulation (*Bipolaire Plot 3*).

Il sort du pus en grande quantité, le bubon s'affaisse.

14 Juillet. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos (6 injections i. v. en tout).

2 Août. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est parfaitement souple, il n'y a ni empâtement ni douleur à la périphérie de la zone coagulée.

OBSERVATION III.

DIAL...

Le malade, âgé de 23 ans, entre le 22 Juin 1930 pour une adéno-pathie inguinale gauche datant de 3 semaines et qui a été précédée d'une ulcération de la verge apparue il y a un mois et demi.

Ce malade a contracté la syphilis en Mai 1929 et a suivi depuis lors, régulièrement, son traitement.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

L'examen montre dans l'aîne gauche une tuméfaction du volume d'un œuf, légèrement ramollie et douloureuse.

Au niveau du frein on remarque une légère cicatrice, trace du chancre récent. Sur la partie supérieure du gland, la cicatrice, légèrement gaufrée du chancre induré.

La ponction du bubon ramène un pus abondant, couleur café au lait, qui ne contient pas de bacilles de Ducrey.

Toutes les recherches faites dans le but d'identifier la nature du bubon sont négatives.

Le 25 Juin. — Electrocoagulation du bubon : (*Bipolaire Pot 3*).

Le 6 Juillet. — Chute de l'escarre.

Le malade est mis au Dmelcos intra-veineux (6 injections).

Le 22 Juillet. — Le malade sort guéri. La cicatrice est souple sans aucune tendance à la rétraction.

OBSERVATION IV.

Jo...

Ce malade, âgé de 50 ans, entre le 19 Juin 1930 pour un bubon inguinal gauche datant de 15 jours et une ulcération de la verge apparue 3 semaines auparavant (8 jours après le dernier rapport).

A l'examen, on trouve dans l'aîne gauche une masse du volume d'un petit œuf et qui présente à sa partie médiane un orifice par lequel s'écoule du pus grumeleux jaunâtre en faible quantité. (Le bubon s'est ouvert spontanément dans le bain de propreté donné au malade à l'entrée).

Sur la partie supérieure de la couronne du gland, il existe une petite chancrelle en voie de cicatrisation, recouverte d'une croûte.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène du pus mêlé de sang dans lequel on ne trouve pas de B. de Ducrey.

L'intradermo-inoculation au Dmelcos est positive.

Le 25 Juin. — Electrocoagulation du bubon. (*Bipolaire Plot 3*).

Le 5 Juillet. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection intraveineuse de Dmelcos (6 au total).

Le 26 Juillet. — Le malade sort avec une cicatrice parfaitement souple et indolente.

OBSERVATION V.

KEL...

Le malade, âgé de 22 ans, entre le 20 Juillet 1930 pour un chancre datant de un mois et demi et un bubon de l'aîne droite apparu il y a 15 jours. Les derniers rapports sont des premiers jours de Mai.

A l'examen, on constate dans l'aîne droite une adénopathie du volume d'une noix, dure, légèrement douloureuse. Les téguments qui la recouvrent ont conservé un aspect normal.

Sur la face dorsale de la couronne du gland une chancrelle en voie de cicatrisation,

La réaction de B. W. faite à l'entrée est à trois reprises positive.

La ponction du ganglion, à la pipette, ramène une quantité importante de pus franc qui ne contient pas de bacille de Ducrey.

De tous les examens pratiqués en vue de l'identification de la nature du bubon, seule l'intradermo-réaction au Dmelcos est positive.

Le 24 Juillet. — Electrocoagulation du bubon: (*Bipolaire Plot 2*).

Le 30 Juillet. — Chute de l'escarre. Le malade est mis au Dmelcos intraveineux (6 injections).

Le 29 Août. — La cicatrisation est parfaite.

OBSERVATION VI.

LAT...

Le malade, âgé de 40 ans, vient consulter le 11 Mars 1931 pour une tuméfaction de l'aîne droite datant de 15 jours.

En Décembre dernier, le malade a présenté au niveau du sillon balano-préputial une ulcération creusante à fond purulent et qui a guéri spontanément en 6 semaines.

La réaction de B. W. pratiquée il y a un mois et à l'entrée a été les deux fois positive.

A l'examen on constate dans l'aîne droite une masse ganglionnaire du volume d'une noix, dure, mobile, peu douloureuse. Les téguments ne sont pas modifiés dans leur aspect.

La chancrelle balanique est cicatrisée et il ne persiste qu'une trace minime.

La ponction du bubon ramène du pus en faible quantité.

Aucun des examens n'a pu déceler la présence de B. de Ducrey.

Le 20 Mars. — Electrocoagulation : (Bipolaire Plot 3).

Le 3 Avril. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection intraveineuse de Dmelcos (6 en tout).

Le 23 Avril. — Le malade reçoit une première injection de Novarsenobenzol (0,15) et de Quinby (jusqu'à sa sortie il recevra encore 2 injections de Novar de 0,30 et 0,45 et une injection de Quinby).

Le 7 Mai. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice est souple, sans aucune rétraction.

OBSERVATION VII.

MAR... (Georges)

Ce malade, âgé de 43 ans, entre le 23 Octobre 1930 pour une adénopathie inguinale droite apparue il y a un mois, 8 jours après une ulcération de la verge, cicatrisée spontanément en quelques jours.

L'examen montre dans l'aîne droite une masse ganglionnaire du volume d'un petit œuf, percée en son centre d'un petit orifice qui présente un écoulement purulent intermittent. Tout autour on sent un empatement légèrement douloureux.

On ne trouve aucune cicatrice sur la verge.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est faiblement positive.

Tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon sont négatifs.

Le 8 Novembre. — Electrocoagulation du bubon : (Bipolaire Plot 3).

Le 18 Novembre. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 i. v. en tout).

Le 19 Décembre. — Le malade sort avec une plaie absolument cicatrisée.

L'empâtement qu'il présentait dans toute la région inguinale a presque complètement disparu.

OBSERVATION VIII.

PIE...

Le malade, âgé de 18 ans, entre le 17 Juillet 1930 pour adénopathie bilatérale, prédominant à gauche datant, de un mois.

Elle a été précédée d'un chancre de la verge apparu 8 jours après le dernier rapport, ayant guéri spontanément en un mois.

L'examen montre dans l'aîne gauche une masse ganglionnaire du volume d'un petit œuf, légèrement douloureuse sans points de ramollissement nets.

Du côté opposé on trouve un ganglion du volume d'une noix, indolore, mobile sous la peau et sur les plans profonds.

Sur le gland on note simplement une petite cicatrice pigmentée et déprimée.

La ponction du bubon gauche ramène un pus franc qui ne contient pas de B. de Ducrey à l'examen direct, ni dans la lésion creusante que donne son intradermo-inoculation.

L'intradermo-inoculation au Dmelcos est positive.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

Le 24 Juillet. — Electrocoagulation du bubon gauche : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 30 Juillet. — Chute de l'escarre. On fait le jour même une première injection intraveineuse de Dmelcos (6 en tout).

Le 13 Août. — Le malade sort incomplètement cicatrisé. Il persiste une partie non épidermée de un centimètre de diamètre environ.

OBSERVATION IX.

RAMAN...

Le malade, âgé de 28 ans, entré le 3 Juin 1930 pour une tuméfaction inguinale droite datant du 20 Mai ayant succédé à une ulcération minime du prépuce, apparue vers le milieu d'Avril, qui a été traitée par l'iodoforme et s'est cicatrisée en 15 jours.

A l'examen on constate dans l'aîne droite un bubon gros comme un œuf, dur, indolore, recouvert de téguments d'aspect normal.

A la base du frein on note une petite cicatrice à peine visible laissée par le chancre.

La réaction de B. W. faite à l'entrée est négative.

La ponction du bubon ramène du sang épais et du pus.

Tous les examens faits dans le but d'identifier la nature du bubon sont négatifs.

Le 11 Juin. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 18 Juin. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 injections au total).

Le 6 Juillet. — Le malade sort incomplètement cicatrisé. Il persiste une surface non épidermée de la taille d'une pièce de 1 franc.

OBSERVATION X.

Rous...

Ce malade, âgé de 24 ans, entré dans le service le 20 Novembre 1930 pour une ulcération minime de la verge datant de 1 mois et une adénopathie bilatérale apparue il y a 15 jours.

Les derniers rapports datent de 1 mois 1/2.

L'examen montre dans l'aîne droite une tuméfaction du volume d'un œuf de poule, la peau qui le recouvre est rouge et chaude, on sent plusieurs zones de ramollissement.

Du côté gauche, adénopathie de la taille d'un marron, légèrement douloureuse. A la base du frein existe une ulcération absolument minime.

L'ultra-microscope ne montre pas de spirochètes.

La réaction de B. W. est négative.

Tous les examens faits à plusieurs reprises dans le but d'identifier la nature du bubon ont été négatifs.

Le 26 Novembre. — On fait une ablation *au bistouri* du ganglion *gauche*. Le ganglion *droit* est *électrocoagulé* : (*Bipolaire Plot 3*).

Le 3 Décembre. — Chute de l'escarre. Le malade reçoit une première injection de Dmelcos (6 en tout).

L'examen direct de la sérosité sécrétée par la plaie d'électrocoagulation montre des bacilles à centre clair ressemblant au B. de Ducrey.

Le 15 Décembre. — L'état des deux plaies n'est pas semblable.

La plaie d'électrocoagulation est plus grande et plus large mais les bords sont à peine surélevés, le fond est plat, lisse, rouge et la plaie se comble rapidement.

Du côté gauche la plaie d'incision de dimensions beaucoup plus réduites, mais forme un véritable puits.

Le 17 Janvier. — Le malade sort complètement guéri. La cicatrice du côté coagulé est souple, elle est linéaire, légèrement rosée. Il n'y a aucune rétraction. Par contre du côté incisé, la cicatrice forme un léger bourrelet avec induration au niveau de ses lèvres et à la périphérie.

OBSERVATION XI

(Bubon peut-être mycosique)

FA...

Ce malade, âgé de 32 ans, chauffeur, est envoyé, le 26 Décembre 1930, par le Dr CADENAT, pour une adénite inguinale.

Son histoire clinique est des plus complexes :

En Janvier 1930, ses jambes étaient devenues grosses, rouges et douloureuses au niveau de certaines zones. Ces dernières auraient été incisées à Lariboisière. Il en serait sorti un liquide séro-sanguinolent.

En Mai 1930. — Il aurait eu une adénite inguinale qui fut incisée à l'hôpital Saint-Louis. Ce bubon ne s'est pas refermé depuis lors et les plaies persistent toujours, malgré des traitements au krystal violet et à l'oxyde jaune de mercure.

Le 26 Décembre 1930. — Le Dr. FERRAND constate une dermite de la jambe gauche et une adénite inguinale gauche, grosse comme un œuf, ramollie, semblant prête à s'ouvrir. Il n'existe rien d'anormal au niveau des organes génitaux et de l'anus.

La jambe gauche est augmentée de volume. La peau est tendue, rouge violacée. Sur la face antérieure de la jambe existent 3 ulcérations de la surface d'une pièce de 2 francs. Les bords sont arrondis. Leur périphérie, qui est de consistance ligneuse, est absolument indolente.

La pression même à distance fait sortir du pus épais, grumeleux. Il semble donc exister des foyers profonds.

On pratique 3 intradermo-réactions : à la trychophitine, à la levrine (II g.), au streptocoque, qui se montrent négatives.

Le 21 Janvier. — Electrocoagulation : (*Bipolaire Plot 5*).

Il sort du pus mêlé de sang.

On donne du Lugol *per os* et en pansement sur la jambe.

Le 27 Janvier. — Les ulcérations jambières diminuent.

La plaie d'électrocoagulation a 14 cm. de long sur 4 de large. Son fond tomentueux saigne et suppure. L'odeur en est nauséabonde.

Le malade souffre.

Le 29 Janvier. — Elimination de l'escarre. Le fond est rouge. On voit que les ganglions n'ont pas été entièrement détruits. Entre eux existent des traînées purulentes.

Le 2 Février. — La plaie s'améliore, est moins douloureuse, moins odorante.

Le 5 Février. — Les douleurs de jambe ont disparu. Les ulcérations de jambe sont cicatrisées.

Le 7 Février. — On pratique 3 intradermo-inoculations ; au Dmelcos, à un antigène chancrelleux (BRANNER), à l'antigène de FREI. Elles sont négatives.

Le 20 Février. — La plaie d'électrocoagulation est linéaire. Il persiste un léger empâtement périphérique.

Le 20 Février. — Les jambes se sont de nouveau ulcérées. La pression fait sourdre un pus grumeleux. Ceci semble en rapport avec un épaissement périosté constaté sur une radiographie du Tibia.

Le 10 Mars. — La cicatrisation de l'électrocoagulation est blanche, linéaire, sans empâtement ni douleur.

Le malade est renvoyé à M. CADENAT, pour traitement de l'ostéomyélite, cause des ulcérations jambières.

Le malade a été guéri après intervention sur son ostéomyélite tibiale.

Dans ce cas très complexe et grave de bubon, peut-être mycosique, peut-être dû à l'ostéomyélite, la guérison du bubon après électrocoagulation a été obtenue en 7 semaines et a précédé la guérison du foyer causal.

* * *

En résumé, dans cette catégorie, nous avons traité 11 malades, porteurs de bubons dont la ponction a montré qu'ils contenaient du pus.

Ces bubons n'avaient subi aucun traitement antérieur.

5 ont guéri en 4 semaines,

2 — en 6 semaines,

2 ont guéri en 7 semaines,

1 a guéri en 5 semaines,

1 — en 3 semaines.

Un malade, porteur d'un bubon bilatéral, a été particulièrement intéressant : un des bubons a été extirpé *chirurgicalement*, un autre a été *électro-coagulé*.

La cicatrice d'électrocoagulation était nettement supérieure à celle due au bistouri.

2 de ces bubons étaient fistulisés, à l'entrée, leur durée a été de 1 mois et 6 semaines.

Deux sujets avaient un Wassermann positif, dans l'un des cas il y avait eu probablement chancre mixte.

Dans tous les cas la cicatrisation a été *parfaite et définitive*.

CONCLUSIONS

1° L'électrocoagulation permet, ainsi que le montrent les observations précitées, la guérison *définitive* de presque tous les bubons de l'aîne, quelle que soit leur nature : bubons chancrelleux, poradénolymphites, bubons mycosiques.

2° Nous avons été conduits à employer systématiquement et d'emblée l'électrocoagulation, parce que l'expérience nous a montré que les différents traitements des bubons permettent d'une façon non exceptionnelle, soit des récidives, soit une évolution interminable.

Au contraire, l'électrocoagulation des bubons, soit primitive, soit après échec des autres traitements nous a permis d'obtenir la guérison définitive et sans séquelles en un temps variant de 4 à 7 semaines.

Un seul cas de maladie de NICOLAS-FAVRE a présenté une évolution traînante et n'est pas encore guérie.

3° On donne comme objection contre ce mode de traitement :

- a) la difficulté d'emploi d'un appareillage délicat,
- b) la nécessité d'immobiliser au lit le patient pendant plusieurs semaines,
- c) la production de grands délabrements dans une région voisine des gros vaisseaux de la cuisse,
- d) que le Dmelcos, associé à l'électrocoagulation, était peut-être le véritable agent de la guérison.

En fait :

- a) l'électrocoagulation est devenue d'un usage courant et

la technique de son emploi dans le cas qui nous occupe est aisée et précise.

b) Toutes les autres méthodes demandent, elles aussi, l'immobilisation au lit surtout s'il y a menace de fistulisation et, à plus forte raison, si celle-ci existe déjà.

c) Le danger d'intervention dans la région de l'aine est illusoire et les délabrements apparents se sont toujours réparés, laissant une cicatrice linéaire, blanche et souple, *qui s'améliore encore avec le temps.*

d) *Ces délabrements d'ailleurs sont nécessaires et voulus :* Il y a production d'escarres massives permettant un *drainage total.*

e) Nous ne songeons pas à nier l'action du Dmelcos :

Dans les bubons chancreux, son action spécifique est favorisée par l'électrocoagulation qui ouvre les foyers ganglionnaires. Nos observations montrent d'ailleurs que l'emploi du seul Dmelcos est loin d'assurer toujours la guérison.

Dans les bubons non chancreux, il agit comme un agent pyrétogène associé.

Pour nous résumer :

« Le drain électrocoagulant » des bubons de l'aine constitue un traitement *de sécurité* de ceux-ci :

a) Cette méthode réussit à assurer la guérison définitive et sans séquelles, alors que les autres ont échoué.

b) Employé d'emblée, il guérit presque aussi vite que les méthodes classiques, en ne permettant ni séquelles, ni récidives, ce qui est un très grand avantage. (Il n'existe dans nos observations qu'une exception à cette manière d'évoluer : le cas de paradoxy-lymphite précité).

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD

Vu : Le Président de Thèse,
André LEMIERRE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- Audry.** — Précis des maladies vénériennes.
- Augagneur et Carle.** — Précis des maladies vénériennes.
- Balzer.** — « Maladies Vénériennes » in traité Gilbert et Fournier, Paris, 1921.
- Bordier.** — Diathermie et Diathermothérapie, 1931.
- Brault.** — Traitement des adénites inguinales à formes aiguë et subaiguë.
Lyon Médical, 1894.
- Carle.** — Thérapeutique des maladies vénériennes.
- Darier.** — Précis de Dermatologie.
- Débet.** — Vaccinothérapie des poradénites. *Bull. Ac. Méd.* 1927, p. 563.
- Destefano et Vaccarezza.** — Traitement de la poradénite inguinale subaiguë par les injections d'Emétique. *Presse Méd.*, 1927, n° 37.
- Dugas.** — Du traitement des adénites inguinales inflammatoires par l'extirpation. *Thèse*, Montpellier, 1909.
- Gaymard.** — Traitement opératoire des bubons du chancre mou. *Thèse*, Paris, 1913.
- Hellerström.** — A case of lymphogranuloma « inguinale » in the axillary glands after an infection received on enucleating a hard bubo. *Acta dermato venerologica*, 1928, Vol. 8.
- Hellerström.** — A contribution to the knowledge of Lymphogranuloma inguinale. Stockholm, 1929.
- Hudelo, Duhamel et Drouineau.** — Traitement des infections à bacille de Ducrey par le vaccin anti-streptobacillaire de Nicolle. *S. M. Hop.*, Paris, 1925, n° 39, p. 16019.
- Hunter.** — A treaty of Venereal disease. 1786.
- Imbert.** — De l'extirpation des adénites inguinales inflammatoires. *Lyon Chirurgical*, n° 4, 1909.
- Jullien.** — Traité des maladies vénériennes, 1889.
- Lejars.** — Le bubon strumeux de l'aîne. *P. M.*, 1894.
- Lejars.** — Adénite subaiguë et chronique simple. *Traité de Chirurgie*, Duplay et Reclus, 1897, T. I.
- Leriche.** — Thérapeutique chirurgicale. Tome I. (Masson), p. 193.
- L'Hardy.** — De l'adénite subaiguë simple de l'aîne à foyers purulents intraganglionnaires. *Thèse*, Paris 1894-1895.

- Ley.** — Quelques considérations sur les bubons. *Thèse*, Paris, 1859.
- Mario et Gandy.** — Adénite subaiguë de l'aine à foyers purulents intraganglionnaires, prétendue simple. *Arch. Gén. de Méd.*, 1901.
- Maurin.** — Adénites suppurées de l'aine sans chancelle porte d'entrée. *Thèse*, Paris, 1930.
- Nathan.** — Le Lymphogranulome inguinal d'après les travaux récents. *P. M.*, 1923.
- Nélaton.** — De l'adénite inguinale subaiguë simple à foyers purulents intraganglionnaires. *Semaine Médicale*, 1890.
- Nicolas C.** — Traitement des bubons suppurés par la méthode rapide de Brault (d'Alger), *Paris Chirurgical*, 1914.
- Nicolas et Favre.** — Traitement radiothérapique de la Lymphogranulomatose inguinale subaiguë. *Compte-rendu Soc. Biologie*, séance du 4 juillet 1921.
- Nicolas, Moutot et Durand.** — Thérapeutique de la Syphilis et des maladies vénériennes. 2^e édition, Paris, 1928.
- Nicolas, Favre et Leveuf.** — Lymphogranulomatose opérée. Présence de ganglions illiaques suppurés, macroscopiquement semblables aux ganglions inguinaux.
- Nicolle.** — Recherches sur le chancre mou. *Thèse de Paris*, 1893.
- Nicolle et Durand.** — Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. Laboratoire de l'Institut Pasteur de Tunis. *Bull. Méd. An.* 39, n° 2, p. 45, 1925.
- Pellegrin.** — Les adénites vénériennes de l'aine sans chancre. *Thèse*, Paris, 1930.
- Ramel.** — Poradénolymphite suppurée récidivante. *Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 46, 1926.
- Ravaut.** — Le traitement de l'affection dite « Lymphogranulomatose inguinale subaiguë » par les injections d'émétine. *Soc. M. des Hôp.*, n° 20, 10 juin 1921.
- Ravaut, Boulin et Rabeau.** — Sur une variété de Poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique. *Presse Méd.*, 1922.
- Ravaut, Boulin et Rabeau.** — Etude sur la poradénolymphite. *Ann. de Dermatologie et de syphiligraphie*, août 1924.
- Ravaut et Ferrand.** — Le traitement des noevo-carcinomes par l'électrocoagulation. *Société de Chirurgie*, 2 février 1927 et *Soc. de Dermatologie*, 10 février 1927.
- Ravaut et Filliol.** — Actinomycose de la joue et de la tempe, ayant résisté au traitement iodé et à la radiothérapie ; guérison par l'iode à la suite de la libération des foyers enkystés par la diathermo-coagulation. *Soc. Fr. de Dermatologie*, 13 décembre 1928.
- Ravaut.** — Autohémothérapie par électrocoagulation dans un cas de granulome annulaire. *Soc. de Dermatologie*. Séance du 10 mai 1928, n° 5.

- Ravaut.** — Essai d'auto-dermothérapie par l'électro-coagulation. Présentation de deux malades atteints de Psoriasis traités par cette méthode. *Soc. de Dermatologie*, 12 mai 1927.
- Ravaut.** — Le traitement des noevo-carcinomes par l'électrocoagulation. *Journées Médicales de Paris*, juillet 1926.
- Ravaut.** — Lupus de la joue datant de 12 ans. Cicatrisation en une seule séance par l'électrocoagulation. *Soc. de Dermatologie*, 27 janvier 1921.
- Ravaut.** — Le traitement du Lupus par l'électrocoagulation. *Congrès des dermatologistes de Langue Française*, Bruxelles, juillet 1926.
- Ravaut et Filliol.** — Le traitement de l'acné chéloïdienne de la nuque par la diathermo-coagulation. *Soc. Dermatologie*, 13 décembre 1928.
- Ravaut et M^{lle} Landowski.** — Le Drain diathermo-coagulant dans le traitement des Adénites subaiguës et chroniques et plus particulièrement dans les bubons de l'aine. *Soc. Dermatol. et Syphil.* Séance du 12 décembre 1929.
- Ravaut et Scheikevitch.** — Lympho-granulomatose des ganglions de l'aine. Fréquence inusitée de cette affection. *Soc. Méd. des Hôp.*, n° 8, 4 mars 1912.
- Ravaut et Vibert.** — Un cas de poradénolymphite. Recherches faites dans le but d'éliminer la chancrelle. *Soc. de Dermatologie*, 7 avril 1927.
- Reboul.** — Des adénites vénériennes. *Thèse*, Paris 1857.
- Robert.** — Nouveau traité des maladies vénériennes, 1861.
- Rollet.** — Des complications du chancre simple. *Traité des maladies vénériennes*, t. I, 1865.
- Trousseau.** — De l'adénie. *Clin. Méd. Hôtel-Dieu de Paris*, t. III, 1865, p. 581.
- Velpeau.** — Adénite. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales de Dechambre*.
-

TABLE DES MATIÈRES

	pp.
I. — Introduction	1
II. — Thérapeutiques usuelles des bubons	3
A. Des bubons chancrelleux	3
B. Des poradénolymphites	6
C. Des bubons qui ne sont ni chancrelleux ni pora- dénolymphiques	7
III. — Le Drain diathermo-coagulant	9
1° Les raisons de son emploi	9
2° Technique de son emploi	10
3° Comment il agit	12
IV. — Observations	13
A. Bubons dont la nature chancrelleuse a été affirmée par la découverte de B. de Ducrey	13
B. Bubons appartenant d'une façon certaine à la pora- dénolymphite	34
C. Bubons n'appartenant pas aux 2 catégories précédentes	40
V. — Conclusions	49
VI. — Bibliographie	51
